

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ

**Факултет по Обществено здраве
„Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“**

Д-р Анета Кирилова Маноилова - Григорова

**ОЦЕНКА НА НЕОБХОДИМОСТТА ОТ УПРАВЛЕНИЕ
НА ОРГАНИЗАЦИОННАТА ПРОМЯНА
(по примера на „КОЦ - В.Търново“ – ЕООД)**

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН „ДОКТОР“

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

Професионално направление: 7.4 ”Обществено здраве”

Докторска програма ”Социална медицина и организация на здравеопазването и
фармацията ”

Научен ръководител: доц. Боряна Борисова, дм

София
2021 г.

СЪДЪРЖАНИЕ

СПИСЪК НА СЪКРАЩЕНИЯТА	4
СПИСЪК НА ТАБЛИЦИТЕ	6
СПИСЪК НА ФИГУРИТЕ	9
СПИСЪК НА ГРАФИКИТЕ	10
ВЪВЕДЕНИЕ.....	12
ПЪРВА ГЛАВА	
ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР	15
1.1. Същност на понятието организация	15
1.2. Същност на понятието промяна. Сили за промяната.....	23
1.2.1 Същност на понятието промяна.	23
1.2.2. Сили за промяната.	26
1.3. Стъпки, етапи и равнища на процеса на промяна	40
1.4. Зараждане и посоки на развитие на промяната	46
1.5. Методи на промяната.	47
1.6. Видове промяна.....	53
1.7. Стратегически здравен мениджмънт	60
1.7.1. Същност и основни понятия	60
1.7.2. Стратегически план	62
1.7.3. Стратегически стил на мислене.....	63
1.7.4. Стратегическо прогнозиране. SWOT-анализ	65
1.8. Стратегии за осъществяване на организационната промяна	67
1.9. Съпротива срещу промяната и методи за преодоляване	77
1.10. Стил на управление на промяната	91
1.11. Бенчмаркингови практики при осъществяване на промяната.....	93
1.12. Ролята на Балансираната система от показатели - BSC за ефективното управление на съвременните лечебни заведения.....	99

ВТОРА ГЛАВА

ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО	116
2.1. Цел и задачи на изследването	116
2.2. Обект на изследване.....	118
2.3. Методика на изследването.....	118

ТРЕТА ГЛАВА

АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ИЗСЛЕДВАНЕТО И ОЦЕНКА НА

ПРОМЯНАТА В ”КОЦ - В. ТЪРНОВО”- ЕООД	120
3.1. Организационен профил на „КОЦ - В. Търново“ – ЕООД.....	120
3.1.1. Мисия и цели.....	123
3.1.2. Организационно управленска структура.....	123
3.1.3. Оборудване.....	126
3.1.4. Партньори.....	128
3.2. Резултати от изследването	128
3.2.1. ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 1 - Управление.....	130
3.2.2. ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 2 - Клиенти / пациенти	136
3.2.3. ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 3 - Ефективност.....	139
3.2.4. ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 4 - Медицинска перспектива.....	143
3.2.5. ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 5 - Финансова перспектива на здравната дейност	153
3.2.6. ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 6 - Служители.....	158
3.2.7. ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 7 - Капацитет / Ресурси	165
3.2.8. ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 8 - Вътрешни процеси	172
3.2.9. ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 9 - Обучение / Иновации	176
3.2.10. ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 10 - Външна среда	185
3.2.11. ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 11 - Външна макросреда.....	187
3.2.12. ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 12 - Ползи за обществото	190
3.3 Анализ на резултатите от изследването.....	194
3.4. Необходимост от осъществяване на нови видове промяна и превръщане на процеса в постоянен	199

3.5. Бенчмаркингови практики в „КОЦ – Велико Търново“ и опит на други лечебни заведения приложим като бенчмаркингова практика в „КОЦ – Велико Търново“	202
3.6. Стратегии при осъществяване на промяната в ”КОЦ - В. Търново” - ЕООД	208
3.7 Мерки за развитието на КОЦ- В.Търново към настоящия момент.....	210
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	213
ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА	218
ПРИЛОЖЕНИЕ	226

СПИСЪК НА СЪКРАЩЕНИЯТА

ООН - ОРГАНИЗАЦИЯ НА ОБЕДИНЕНИТЕ НАЦИИ

БЛС – БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

МВО - MANAGEMENT BY OBJECTIVES

TQM - TOTAL QUALITY MANAGEMENT

BSC - BALANCED SCORECARD

KPI - KEY PERFORMANCE INDICATORS

ГФО - ГОДИШНИ ФИНАНСОВИ ОТЧЕТИ

КОЦ – КОМПЛЕКСЕН ОНКОЛОГИЧЕН ЦЕНТЪР

МОБАЛ - МНОГОПРОФИЛНА ОБЛАСТНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ

СБАЛК – СПЕЦИАЛИЗИРАНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПО КАРДИОЛОГИЯ

СБАЛО – СПЕЦИАЛИЗИРАНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПО ОНКОЛОГИЯ

ВУЗ – ВИСШЕ УЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ

ДКБ - ДИАГНОСТИЧНО КОНСУЛТАТИВНИЯ БЛОК

БП – БИЗНЕС ПЛАН

О - ОТЧЕТ

РЗИ – РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ

КТ – КОДЕКС НА ТРУДА

ОБС – ОБЩИНСКИ СЪВЕТ

ЛЗ – ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ

МЛС - МНОГОЛИСТОВ КОЛИМАТОР

РЗП - РАЗГЪРНАТА ЗАСТРОЕНА ПЛОЩ

МЗ – МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

НЗОК – НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

ИЗ – ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО

ЕОД - ЕДИННОТО ОНКОЛОГИЧНО ДОСИЕ

НАП – НАЦИОНАЛНА АГЕНЦИЯ ПРИХОДИ

HIFU - HIGH INTENSITY FOCUSED ULTRASOUND

СПИСЪК НА ТАБЛИЦИТЕ

Таблица 1. Сравнителен анализ между бюрократичните и рационалните организации.....	21
Таблица 2. Управление на промяната срещу бездействие.....	24
Таблица 3. SWOT матрица.....	66
Таблица 4. Реакции и поведение при различните причина за съпротива.....	81
Таблица 5. Сравнителна характеристика на методи за преодоляване на съпротивата срещу промените.....	90
Таблица 6. Направления за оценка.....	102
Таблица 7. Етапи в процеса на създаване и внедряване на BSC?.....	105
Таблица 8. Диагностична карта 1 - Въпрос №1.....	130
Таблица 9. Диагностична карта 1 - Въпрос №2.....	131
Таблица 10. Диагностична карта 1 - Въпрос №3.....	132
Таблица 11. Диагностична карта 1 - Въпрос №4.....	133
Таблица 12. Диагностична карта 1 - Въпрос №5.....	133
Таблица 13. Диагностична карта 1 - Въпрос №6.....	134
Таблица 14. Диагностична карта 1 - Въпрос №7.....	135
Таблица 15. Диагностична карта 2 - Въпрос №1.....	136
Таблица 16. Диагностична карта 2 - Въпрос №2.....	136
Таблица 17. Диагностична карта 2 - Въпрос №3.....	137
Таблица 18. Диагностична карта 2 - Въпрос №4.....	138
Таблица 19. Диагностична карта 2 - Въпрос №5.....	138
Таблица 20. Диагностична карта 3 - Въпрос №1.....	140
Таблица 21. Диагностична карта 3 - Въпрос №2.....	140
Таблица 22. Диагностична карта 3 - Въпрос №3.....	141
Таблица 23. Диагностична карта 3 - Въпрос №4.....	142
Таблица 24. Диагностична карта 3 - Въпрос №5.....	143
Таблица 25. Диагностична карта 4 - Въпрос №1.....	143
Таблица 26. Отчет за прегледите в специализираните кабинети на ДКБ за периода 2015-2019г. в “КОЦ В.Търново” ЕООД.....	144

Таблица 27.ОТЧЕТ за стационарната дейност / преминал болен / на “КОЦ -В. Търново” ЕООД за периода 2015 - 2019 година.....	148
Таблица 28. Болнични показатели.....	150
Таблица 29. Оперативна активност на Онкогинекологично отделение.....	151
Таблица 30. Оперативна активност на Отделение гръдна хирургия.....	151
Таблица 31. Оперативна активност на Хирургично отделение.....	152
Таблица 32. Приходи.....	153
Таблица 33. Разходи.....	154
Таблица 34. Краткосрочни задължения към 31.12.....	155
Таблица 35. Отношение на разходите за лекарства и медицински консумативи за болничната дейност към общите разходи на организацията.....	155
Таблица 36. Отношението на приходите към разходите.....	156
Таблица 37. Отношението на паричните средства към краткосрочните задължения.....	156
Таблица 38. Отношение на просрочените задължения към общите разходи.....	156
Таблица 39. Процент на разходите за работни заплати от общите приходи.....	157
Таблица 40. Съотношение на разходите за работни заплати към общите разходи.....	157
Таблица 41. Съотношение на разходите за външни услуги към общите разходи.....	158
Таблица 42. Разходи за лихви по търговски взаимоотношения, данъчни лихви, лихви по съдебни споразумения, съдебни разноски.....	158
Таблица 43. Проследяване на обща численост на персонал през годините (<i>Средно списъчен състав</i>).....	159
Таблица 44.Средна численост на персонала по категории през обследвания период 2015г. -2019г.....	159
Таблица 45. Прогнозни и отчетни стойности на числеността на персонала в съответните три-, шест-, девет- дванадесет месечни отчети към ОБС-В. Търново за периода от 2015 до 2020 година.....	160
Таблица 46. Диагностична карта 6 - Въпрос №1.....	160
Таблица 47. Диагностична карта 6 - Въпрос №2.....	161
Таблица 48. Диагностична карта 6 - Въпрос №3.....	161

Таблица 49. Диагностична карта 6 - Въпрос №4.....	161
Таблица 50. Средно месечна брутна работна заплата в „КОЦ – Велико Търново“ ЕООД за периода 2015 – 2020 година.....	162
Таблица 51. Диагностична карта 6 - Въпрос №5.....	162
Таблица 52. Диагностична карта 8 - Организация на процесите в ЛЗ, свързани с основната дейност.....	173
Таблица 53. Диагностична карта 9 - Въпрос №1.....	176
Таблица 54. Диагностична карта 9 - Въпрос №2.....	176
Таблица 55. Разходи за обучение и експертни заключения за периода от 2015 до 2019 година.....	177
Таблица 56. Диагностична карта 9 - Въпрос №3.....	177
Таблица 57. Диагностична карта 9 - Въпрос №1 към пациентите.....	179
Таблица 58. Диагностична карта 9 - Въпрос №4.....	180
Таблица 59. Диагностична карта 9 - Въпрос №2 към пациентите.....	180
Таблица 60. Диагностична карта 9 - Въпрос №5.....	181
Таблица 61. Структура на краткосрочните задължения (в хил. лева).....	191
Таблица 62 Задължения към основните кредитори (в хил. Лева)	191
Таблица 63. От ГФО разбираме също и за неиздължени средства от страна на ключов стейкхолдер-НЗОК.....	192

СПИСЪК НА ФИГУРИТЕ

Фигура 1. Класификация на силите за промяна.....	26
Фигура 2. Външни сили с косвено действие.....	27
Фигура 3. Външни сили с пряко действие.....	29
Фигура 4. Основни видове комуникационни мрежи.....	38
Фигура 5. Етапи на процеса на управление на промяната.....	41
Фигура 6. Илюстрация на синдрома на „сварената жаба“.....	42
Фигура 7. Обхват на организационната промяна.....	55
Фигура 8. Основните принципи на стратегическия стил на мислене.....	64
Фигура 9. Фази на модела за планова промяна.....	69
Фигура 10. Анализ на полето на силите по Курт Левин.....	83
Фигура 11. Същност на бенчмаркинга.....	94
Фигура 12 - Взаимовръзки между целите.....	103
Фигура 13. Компоненти на BSC.....	106
Фигура 14. Ролята на BSC перспективите.....	112
Фигура 15. Организационна структура на „КОЦ - Велико Търново“ – ЕООД.....	126

СПИСЪК НА ГРАФИКИТЕ

Графика 1. Диагностична карта 1 - Въпрос №1.....	131
Графика 2. Диагностична карта 1 - Въпрос №2.....	132
Графика 3. Диагностична карта 1 - Въпрос №3.....	132
Графика 4. Диагностична карта 1 - Въпрос №4.....	133
Графика 5. Диагностична карта 1 - Въпрос №5.....	134
Графика 6. Диагностична карта 1 - Въпрос №6.....	134
Графика 7. Диагностична карта 1 - Въпрос №7.....	135
Графика 8. Диагностична карта 2 - Въпрос №1.....	136
Графика 9. Диагностична карта 2 - Въпрос №2.....	137
Графика 10. Диагностична карта 2 - Въпрос №3.....	137
Графика 11. Диагностична карта 2 - Въпрос №4.....	138
Графика 12. Диагностична карта 2 - Въпрос №5.....	139
Графика 13 и 14. Диагностична карта 3 - Въпрос №1.....	140
Графика 15 и 16. Диагностична карта 3 - Въпрос №2.....	141
Графика 17 и 18. Диагностична карта 3 - Въпрос №3.....	141
Графика 19 и 20. Диагностична карта 3 - Въпрос №4.....	142
Графика 21 и 22. Диагностична карта 3 - Въпрос №5.....	143
Графика 23 и 24. Диагностична карта 4 - Въпрос №1.....	144
Графика 25. Диагностична карта 3 - ОТЧЕТ за прегледите в специализираните кабинети на ДКБ за периода 2015 - 2019 год. в “КОЦ -В. Търново” ЕООД.....	146
Графика 26. ОТЧЕТ за стационарната дейност / преминал болен / на “КОЦ -В. Търново” ЕООД за периода 2015 - 2019 година.....	149
Графика 27. Диагностична карта 6 - Въпрос №1.....	161
Графика 28. Диагностична карта 6 - Въпроси №2, 3 и 4.....	162
Графика 29. Диагностична карта 6 - Въпрос №5.....	163
Графика 30. Диагностична карта 8 - Организация на процесите в ЛЗ, свързани с основната дейност.....	175
Графика 31. Диагностична карта 9 - Въпрос №1.....	177
Графика 32. Диагностична карта 9 - Въпрос №2.....	178
Графика 33. Диагностична карта 9 - Въпрос №3.....	179

Графика 34. Диагностична карта 9 - Въпрос №1 към пациентите.....	181
Графика 35. Диагностична карта 9 - Въпрос №4.....	181
Графика 36. Диагностична карта 9 - Въпрос №2 - пациенти.....	182
Графика 37. Диагностична карта 9 - Въпрос №5.....	183

ВЪВЕДЕНИЕ

„Промяната е закон на живота и онези, които гледат само към миналото или настоящето със сигурност ще пропуснат бъдещето. “

Джон Ф. Кенеди

„Да не се променяш е сигурен симптом за застрашаваща гибел. “

Дж. Харвей Джоун

Здравето е сред основните потребности, присъстваща в ценностната система на хората. То е не само право на всеки български гражданин, гарантирано от Конституцията на страната, но е и задължение на всеки, по отношение на спазването на законодателството и поддържането на здравословен начин на живот, водещ до високо благополучие. Затова и опазването и възстановяването на здравето, както и повишаването на качеството на живот на гражданите е водеща функция на държавата.

Една от основните цели в програмата за Устойчиво развитие на ООН до 2030 година „Да преобразим нашия свят“, е осигуряване на здравословен живот и насърчаване благосъстоянието на всички във всяка възраст. В посочената цел се акцентира върху връзката между икономическия растеж и доброто здравословно състояние на населението. В нея проличава разбирането, че здравето не е просто една самостоятелна и независима ценност, то е фактор за растеж и само население с добро здраве може да бъде предпоставка за постигане на икономически растеж. В същото време ресурсните ограничения извеждат на преден план необходимостта от подобряване на икономическата ефективност и на здравните системи. Тяхното управление трябва да намери баланса между осигуряването на достъп до висококачествени услуги и съобразяването с бюджетните ограничения. В този смисъл от решаващо значение е мениджмънтът на здравната система на всички равнища да насочи усилията си към подобряване на тяхната устойчивост, за да се гарантира висококачествено здравно обслужване на всички граждани.

Функционирането на здравната система зависи от много различни по вид и сила на въздействие фактори – икономически, политически, международни, социално-психологически, организационни, технологически, човешки, иновационни и др.

Здравната система има свои специфични характеристики и представлява подсистема в цялостната общественно-икономическа система на страната, предлагаща и осъществяваща специфични здравни дейности, насочени към решаване на здравните проблеми на населението. Нейното развитие следва да се насочи към разработването на ефективни инструменти и механизми за внедряване на нови технологии, иновации и инвестиции в здравно обслужване с цел да се съдейства за постигането на иновативна и устойчива здравна система. Необходими са новаторски идеи, водещи до осъществяване на различни промени. Това ще рефлектира върху подобряване на качеството, ефективността и устойчивостта на отделните елементи, изграждащи здравната система.

Промяната като феномен е важен аспект от функционирането на всяко общество. На практика, съвременните общества са динамични. Под влияние на различни фактори, те извършват промени. В този смисъл, динамиката и промените в организациите следват промените в обществото – работа с нови технологии, сливания и придобивания, реструктуриране, нови стратегии, култура и поведение, свързано с трансформация, глобализация и дигитализация. И обратно липсата на промяна може да доведе до ентропия последвана от постепенна деинтеграция на организацията от обществото. Казано по друг начин всяка организация трябва да е или в състояние на непрекъсната промяна или да престане да съществува.

Промените, които здравните организации осъществяват днес, никога не са били толкова важни, разнообразни, многопластови и очевидно безкрайни. В зависимост от сектора, в който развива тяхната дейност, тези промени може да са по-чести и по-мощни, но те винаги са придружени със сложен процес, който има оперативен, финансов, административен, емоционален и други аспекти. Този процес трябва да се управлява през целия период на промяната, за да се постигнат желаните резултати и да е сигурно, че той протича именно по начина, по който е планиран без отклонения от поставените цели и желани резултати. Статистиката показва, че повечето мащабни реорганизации се провалят. По-малко от 60% от фирмите успяват да постигнат минимално поставените си цели. Ето защо едно от големите предизвикателства пред мениджърите в здравеопазването днес е управлението на промяната.

Актуалността и значимостта на проблема налага неговото задълбочено проучване. Съществуват следните основания за извършването на конкретните изследователски търсения:

- Глобализацията на конкуренцията;
- Разширяващата се финансовата самостоятелност на здравните организации;
- Осезаемият дисбаланс в трите основни направления - нормативната база, финансов ресурс, кадрови ресурс;
- Необходимостта от повишаване на ефективността и ефикасността на разходите;
- Повишаващите се изисквания по отношение на качеството на медицинските услуги;
- Поведението на хората, свързани със здравната система;
- Необходимостта от подобряване на здравните резултати.

Изброените основания са сериозно предизвикателство пред здравните мениджъри за ефективното управление на процесите на организационна промяна.

ПЪРВА ГЛАВА

ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1.1. Същност на понятието организация

Организацията най-общо, е формална група от хора, които се стремят към общи цели. Думата произлиза от гръцкото ὄργανον, което произлиза от ἔργον – работа, действие. Една организация е социална договореност, която преследва колективни цели, контролира собствените си резултати и има граници, които я отделят от средата ѝ.¹

В литературата се срещат множество определения на понятието „организация“, някои от които са:

- Организацията е социална единица на обществото. (А. Етциони)
- Организацията е съзнателно създадена логическа система за власт. (Д. Кингдън)
- Съвкупност от дейности, чиято задача е да заменят усилията и знанията на един индивид с по-специализираните усилия и знания на голямо множество от хора. (Дж. Голбрайт)
- Съвкупност от множество роли, свързани в единно цяло. (Кенет Боулдинг)
- Целенасочена структурирана система от хора, създадена като инструмент за упражняване на социално господство. (Г. Бюшгес)
- Организация е всяко човешко обединение, което е съзнателно и рационално създадено като звено в общественото разделение на труда, има целева обвързаност, официализиран статут, йерархия и е с относително самостоятелно обособени параметри от обществото. (проф. д-р Благой Колев)
- Съвкупност от взаимодействащи елементи, които реализират конкретни бизнес процеси и преследват определени цели. (Христо Туджаров)
- Съгласно Българския тълковен речник, значението на понятието „организация“ е следното:

¹ <https://bg.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F>, посетен на 17. 07. 2020г.

„мн. организации, ж.

1. Само ед. Система от дейности за постигане на определена цел.

2. Обединение на хора, институции или държави според общи цели, интереси и др.

3. Само ед. Организиране. “

В системата на здравеопазването, организацията може да бъде например болницата, медицинският център, хосписът, университетът и т. н.

Всички те се различават помежду си, но имат и много общи черти, като например:

- Единна цел и метод на дейност;
- Координация на усилията;
- Разделение на труда;
- Йерархия на властта;
- Зависимост от външната среда. 2

Според Дракър характерно за организациите е:

- 1) Че те са съставени от група специалисти, работещи заедно по обща задача;
- 2) Че те са винаги е специализирани... създадени, за да върши работа;
- 3) Че една от основните им задачи е “да направят знанията продуктивни”, като ги “споят в едно цялостно познание”;
- 4) Че в дълбоката си същност обществото на организациите е плуралистично;
- 5) Че представляват един ясно определен и обособен организъм. Те не са нито “общност”, нито “общество”, нито “класа” или “семейство”. Те са нещо ново и отделно, институция с точно определени цели, които съсредоточават усилията си върху решаването на конкретна задача. Организацията е инструмент. Всички организации осмислят съществуването си, като създават резултати, които влияят върху света извън тях;
- 6) Че прототип на съвременната организация е симфоничният оркестър. Всеки от 250-те музиканти в него е специалист от висока класа. А оркестърът свири, защото всичките 250 музиканти използват еднакви партитури. Всички подчиняват собствените си професионални умения на общата задача и свирят едно единствено музикално произведение;

² Борисов В., Мениджмънт на организационната промяна

- 7) Че оценяват и съдят за себе си и дейностите си чрез ясни, предварително обявени и известни задачи и цели, които не се подчиняват на субективния интерес;
- 8) Че присъединяването към тях винаги става след вземане на решение;
- 9) Че винаги се управлява;
- 10) Че, за да могат да действат, те трябва да бъдат автономни;
- 11) Че организацията е дестабилизатор. Тя следва да е пригодена за промени, а всяка промяна е “творческа деструкция”. Организацията трябва да свикне да се освобождава от установеното, обичайното, познатото, удобното, независимо дали става дума за продукти, услуги и процеси, за човешки и социални взаимоотношения, умения или за самите организации. Всяка съвременна организация е длъжна дълбоко в същината си да вгради и принципите за управление на промяната, да се изгражда и развива, като системно се отказва от всичко, което прави. Иновацията трябва и може да се организира като системен процес.
- 12) Че културата на организацията трябва “да преодолее, да надскочи общността.” Всяка организация, свързана с познанието, по необходимост е ненационална и необщностна.
- 13) Че основните характеристики на организацията са целите, ресурсите - човешки ресурси, машини и съоръжения (средства на труда), материали и суровини (предмети на труда), финансови ресурси, информационни ресурси, технологии, разделение на труда, зависимост от външната среда. ³

Организациите имат различия в своята структура, размер, цели, които преследват, броя на служителите и други параметри. Историята идентифицира три основни форми: общност, корпорация и асоциация.

Организациите съществуват от дълго време и са групи от хора, които работят заедно за постигане на определени цели. За да постигнат желанния резултат, техните дейности трябва да бъдат координирани. Класификацията на организациите идентифицира два важни типа от тях. Това доведе до основни различия, които имат съществена роля. Първата е неформалната организация. Представена е от група хора, които често взаимодействат помежду си и обикновено се случват спонтанно. Втората

³ http://fricking.ninja/ibsedu/MK18/IBSEDU/I/OU/OU_Gioshev.pdf посетена 18/07/2020

позиция в класификацията по тази тема е официална организация. Тя има правата на юридическо лице. Целите на неговата дейност са утвърдени в документите на институцията и нейното функциониране е заложено в регламентите и разпоредбите. Съответните споразумения уреждат правата и задълженията на всички участници в структурата.

Класификацията на организациите също така предполага разделяне на формалните институции на два вида: търговски и некомерсиални. Дейността на първата е свързана със системното получаване на печалби от предоставени услуги, извършена работа, продажба на стоки или използване на стойността на имотите.

Класификацията на организации от формален вид включва и организации с нестопанска цел, които не разглеждат печалбите като основна цел на своята дейност. В допълнение, доходът не се разделя на всички участници.

Класификацията на организациите зависи от следните характеристики: цел, собственост, правна форма, брой етапи на производство, местоположение на предприятието и естеството на съвместимостта на производството с науката.

Често срещани сред търговските институции са държавните предприятия и бизнес обществата. Първият тип има право на оперативно управление. В същото време класификацията на икономическите организации включва различни партньорства и компании, които могат да бъдат или отворени, или затворени. То може да бъде и дружество с допълнителна или с ограничена отговорност. През последните години предприятията се променят значително, тъй като се укрепват с помощта на иновации и след това получават подходящото име. Класификацията на иновативните организации несъмнено зависи от техните характеристики и основни принципи на дейност.

Класификацията на организациите обикновено отговаря на следните критерии:

- форма на собственост (обществена или частна, общинска или публична);
- организационна и правна форма;
- цел на организацията (услуги, извършена работа, производство);
- профил на производството и неговата ширина;
- характер (производство, наука, наука и производство);
- етапите на производство, техният брой (единичен или многостепенен);
- местоположение (една територия, една географска точка, няколко точки).

Класификация на иновативни организации, аспекти:

- профил на организацията;
- нивото на специализация на организацията;
- етапи от цикъла на иновациите и техния брой.⁴

Въз основа на тези аспекти, класификацията на иновативните организации е разделена на следните видове:

- маркетингова организация (сегментиране на пазара, продажби, реклама и др.);
- изследователски центрове, научноизследователска и развойна дейност (експериментални дейности, научни дейности, иновации и апробация);
- организация на проектирането (проектиране, изпитване на проби и др.);
- организация на проектирането и технологиите (разработване и производство на производствени системи, като се отчита минимизирането на потреблението на ресурси);
- организация на строителството и монтажа (документация за проектиране и оценка и въвеждане на нови технологии);
- фирмата, предоставяща материали (анализ и стандартизация на ефективността);
- фирмата да разработва предложените нови продукти със серийно производство и маркетинг;
- организация на обслужването (управление на качеството на услугата);
- организация на ремонта (поддръжка по договора);
- научни паркове (разположени в близост до големи големи научни центрове).⁵

Класификация на икономическите организации:

- корпорации (съюзи на научни институции и промишлени фирми, целта е да се повиши ефективността на дейностите);
- група от финансови и промишлени (организационна структура, обединява банки и предприятия, целта е да се повиши конкурентоспособността);
- стопанство (групиране на няколко компании с една дейност около една, най-голямата и най-мощната).

⁴ <https://bg.ellas-cookies.com/biznes/5201-klassifikaciya-organizacij.html>, посетен на 18. 07. 2020г.

⁵ <https://bg.ellas-cookies.com/biznes/5201-klassifikaciya-organizacij.html>, посетен на 18. 07. 2020 г.

Класификация на икономическите организации по размер, форма на собственост, членство в отрасъла, сезонност.

Класификация по размер:

- голям;
- средната стойност;
- малки и малки.

Класификация на организациите по форма на собственост:

- частни;
- отдаване под наем;
- публични;
- общински;
- Държавата.

Класификация по отрасли:

- Здравеопазване;
- транспорт;
- търговия;
- селскостопански;
- промишлени.

Класификация на организациите по сезонност:

- Сезонните фактори са чувствителни;
- Сезонните фактори не са засегнати. 6

В допълнение към основните изброени, има много други характеристики, които могат да бъдат класифицирани от организациите.

Тъй като темата на настоящата разработка е свързана с организационната промяна, то ще направим още една класификация на организациите, а именно. според това какви са практическите им цели. По този показател могат да се определят два основни типа организации, а именно:

Организация с ирационално поведение - класически тип бюрократична организация. Тя е от затворен тип, подчинена на административния стил на управление. Успешна е само в стабилна и проста ситуация.

⁶ <https://bg.ellas-cookies.com/biznes/5201-klassifikaciya-organizaciy.html>, посетен на 18. 07. 2020г.

Организация с рационално поведение. Поведението ѝ се основава на креативност, на научни прогнози и анализ, компетентен професионален контрол и критична оценка. Това е организация, аналогична на живия организъм. Рационалната организация е отворена и е по-успешна в нестабилна, сложна ситуация.

Практиката е показала, че в развитието на бюрократичната (ирационалната) организация постепенно и неизбежно настъпва упадък, чиито ранни симптоми се състоят в:

- назначаване на излишен персонал
- тромави административни процедури
- търпимост към некомпетентността
- остаряваща неизменна структура
- подмяна на целите със средствата (формата)
- страх от конфликти и затруднения
- прекомерна показност, неадекватна на резултатите
- съпротива срещу промени
- търсене на изкупителни жертви
- доминиране на груповите интереси

Таблица 1. Сравнителен анализ между бюрократичните и рационалните организации⁷

Показател	Бюрократична организация	Рационална организация
1. Определяне на целите	Тясно, стриктно	Широко, свободно
2. Стил на вземане на решения	Авторитарен, централизирано	Демократичен, децентрализирано
3. Необходимо знание	Специално	Общо
4. Индивидуален принос за организацията	Неясен	Ясен
5. Гъвкавост на задачите	Неизменни, рутинни	Вариращи, гъвкави

⁷ http://fricking.ninja/ibsedu/MK18/IBSEDU/I/OU/OU_Gioshev.pdf посетена 18/07/2020

6. Степен на йерархичен контрол	Висока	Ниска, самоконтрол
7. Комуникации	Отгоре надолу	Хоризонтален, между колеги

В сравнение с бюрократията и механичното администриране, рационалната организация е ориентирана към функциониране в по-сложна, изменяща се и нестабилна ситуация. Рационалната организация се нуждае от методите на модерния мениджмънт като изкуство за управление в условията на нестандартни ситуации. При днешният променящ се свят една организация, в частност здравната все помалко ще се нуждае от стила на администрирането и все повече ще възприема стила на мениджмънта.

Според Ръсел Акофф процесът на управление на една организация предполага изпълнението на три функции:

- определяне на съществуващите и потенциалните проблеми, т. е. заплахите и възможностите;
- вземане на решение какво да се прави и изпълнение или осигуряване на неговото изпълнение;
- поддържане и подобряване на характеристиките при стабилни или променящи се условия. 8

В подкрепа на системата за управление трябва да съществуват три взаимодействащи си подсистеми – по една за всяка от посочените функции.

А) Подсистема за идентифициране на възникващи проблеми.

Управлението изисква наблюдение върху управляваната организация като цяло и върху външната среда на организацията. Да се наблюдава означава да се генерират данни. Този необработен материал обаче изисква интерпретация, за да се превърне в информация. Преди да са обработени данните не са полезни и не могат да се използват за вземане на решение. За събирането и за обработката на данните се формират специални информационни системи.

Б) Подсистема за вземане на решения и за контрол върху тяхната реализация.

⁸ http://fricking.ninja/ibsedu/MK18/IBSEDU/I/OU/OU_Gioshev.pdf 18/07/2020

Събираната по този начин информация за организацията и за нейната външна среда се предава на мениджърите в организацията. Следва процес на вземане на решение и реализацията му. Чрез формирани инструкции и съобщения се въздейства върху поведението на управляваната подсистема или на отделни нейни части, или се променя самата управляваща подсистема.

В) Подсистема осигуряваща адаптацията на организацията към промените във външната среда.

Тази подсистема “отговаря” за реализация на взетото управленско решение, като реакция на промените, с цел запазване или повишаване на ефективността на организацията в новите условия. Промяната в условията, при които организацията осъществява своята дейност, може да се състои както в появата на нови възможности /“неочаквано” нарастване на търсенето на предлаганите услуги от здравната организация/, така и в появата на нови заплахи /нов конкурент, чиято услуга е и по-качествена, или с по-ниска цена, или предлага по-бързо възстановяване, или осигурява по-голяма преживяемост, или повишава качеството на живот/.⁹

1.2. Същност на понятието промяна. Сили за промяната.

1.2.1 Същност на понятието промяна.

В литературата промяната се разглежда като планиран процес с очакван бъдещ резултат подобряване, както на ефективността на организацията, така и на удовлетвореността и психичното благополучие на членовете ѝ. Осъществяването на промяна е неизбежен процес, който се обуславя от целите на организацията и предварително заложената ориентация. При наличие на свободна конкуренция и пазарна среда, каквито за здравните организации възникват след 2000-та година, този стремеж придобива първостепенно значение.

Промяната е тази и която гарантира освен бъдещ резултат и повишена икономическата ефективност, но и устойчивостта на организацията и усъвършенстването на социалната политика. Тя е в основата, както на стремежа за усъвършенстване и просперитет, така и в борбата за оцеляване. Промяната обаче е и криза, т. к. води до обръщане на статуквото, поради което управлението на промяната е отговорност и предизвикателство за мениджъра с лидерски качества. Това е не само

⁹ http://fricking.ninja/ibsedu/MK18/IBSEDU/I/OU/OU_Gioshev.pdf 18/07/2020

комуникация, обучение или управление на съпротивата. Това е управление чрез знание, опит, компетентност, далновидност, упоритост, гъвкавост, предпазливост, емоционална интелигентност и емпатия. Това е способността на мениджъра да покаже пътя към целта, да ангажира персонала и преведе организацията през промяната успешно. А резултатът от успешно проведената промяна би следвало да бъде или бързо икономическо подобрене или подобряване на организационните възможности.

Таблица 2. Управление на промяната срещу бездействие¹⁰

Какво може да се случи, ако промяната не се управлява?	Какво може да се случи, ако промените се управляват по ефективен начин?
<p>Служителите стават незаинтересовани от сегашното и бъдещото състояние на организацията;</p> <p>Намалява инициативността и желанието за работа;</p> <p>Производителността на труда намалява;</p> <p>Хората се опитват да избягат прилагането на новия начин извършване на работните дейности;</p> <p>Хората могат да се върнат към стария начин на извършване на работните дейности;</p> <p>Ценни служители напуснат организацията демотивирани от факта, че в нея няма динамика на развитието и промени;</p> <p>Промяната се отлага поради липсата на подкрепа;</p>	<p>Служителите имат солидни познания за причините, поради които промяната се случва и активно участват в осъществяването ѝ⁴</p> <p>Провеждат се обучения, с цел акцептиране на нуждата от промяна, приемане и осъществяване на промяната;</p> <p>Преките ръководители и висшия мениджърски състав демонстрират своя собствен ангажимент към промяната;</p> <p>По повод осъществяване на промяната се провежда ефективна комуникация;</p> <p>Служителите са мотивирани да работят в организацията, тъй като виждат нейното развитие;</p> <p>Производителността на хората се увеличава;</p> <p>Налице са инвестиции в</p>

¹⁰ Петрова, Е. Перспективи пред „Управление на промяната” Проблеми на постмодерността, Том I, Брой 2, 2011.

<p>Появява се разделение между членовете на организацията и поява на конфликти по повод за и против промяната и необходимостта от нея;</p> <p>Поява на пасивна, активна съпротива срещу промяната и дори саботаж на промяната;</p> <p>Риск от неосъществяване и провал на цялостни проекти, свързани с дейността на организацията, например относно инвестиции, иновиране, промяна на технологии, обновяване на работни места и други;</p> <p>Организацията остава без развитие, в застои или дори губи пазарни позиции в следствие на бездействието си;</p> <p>Организацията не е адекватна на промените във вътрешната и външна среда;</p>	<p>материалните и човешки ресурси, иновиране, промяна на технологии, обновяване на работни места и други;</p> <p>Организацията се развива успешно, може да увеличи пазарни позиции;</p> <p>Организацията реагира адекватно на промените във вътрешната и външна среда;</p> <p>Вероятността за сбъждане целите на съответните проекти се увеличава.</p>
--	--

Най-често обект на въздействие са :

- начинът на структуриране на организацията - промени в организационната и управленска структура /организационни промени/; Те са най-често срещаните и са насочени към формалната структура, целите на организацията, стратегията, степента на централизация и децентрализация, организацията на труда и др.
- технологични промени. По настоящем тези промени, независимо от профила на организацията, са по-скоро наложителни отколкото препоръчителни, т.к. са един от факторите поддържащи нейната конкурентноспособност.
- промени в персонала /поведенчески промени/. Отношението към хората като най-важен фактор за успеха на една здрава организация. По-

конкретно това са промени в кадровата политика в лечебното заведение, промени в мотивацията, в уменията, в приспособяване на хората. 11

Ето няколко примера за организационна промяна:

- Сливане или придобиване от друга компания
- Смяна на висшия мениджмънт
- Промяна на пряк ръководител на структурно звено
- Промяна на функции на отдел
- Масово съкращение на служители, поради намалял обем на работа
- Преназначаване/понижаване на ключови служители
- Промяна на местоположението на работното място
- Намаляване на възнагражденията
- Уволнение, дори и само на един служител
- Назначение на нов колега¹²

Или формулирано по друг начин организационна промяна е всичко, което води до промяна в условията на труд, естеството на работата или работната среда за един, няколко или всички служители в организацията. 13

1.2.2. Сили за промяната.



Фигура 1. Класификация на силите за промяна¹⁴

¹¹ Борисов В., Мениджмънт на организационната промяна

¹² Гьошев, Б., Основи на управлението, УИ – МВБУ, 2012

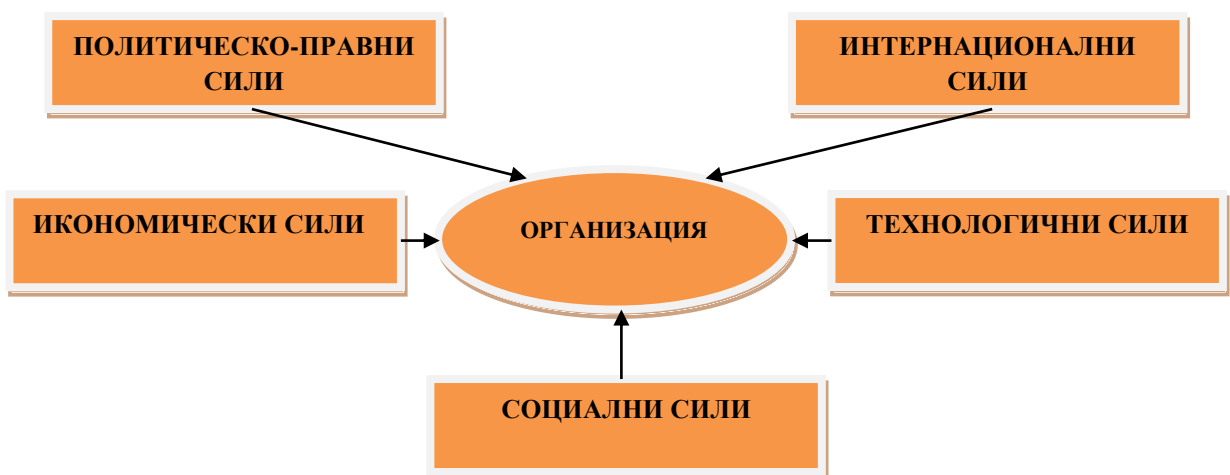
¹³ Гьошев, Б., Основи на управлението, УИ – МВБУ, 2012

¹⁴ Пенчев П., И. Пенчева. Основи на управлението. В. Търново 2002 с. 349-362

Съобразно информацията, която е събрана се преценява големината и важността на факторите, които довеждат до необходимостта от промяна. Те по своята същност са два вида - външни и вътрешни сили. Ръководителят е необходимо да познава и получава точна и навременна информация за действието на тези фактори и да съобразява с тях пазарна политика на здравната организация. В противен случай ще се стигне до намаляване на печалбите, чрез отлив на пациенти последвано от намалено присъствие на пазара на здравните услуги.

А. ВЪНШНИ СИЛИ - те са извън контрола на ръководителя. Действат на основата на други закономерности, върху които здравните организации не могат да окажат влияние. Това ги прави неуправляем фактор, оказващ влияние върху планираните резултати на организациите. Външните сили биват:

Външни сили с косвено действие - тези сили не оказват толкова силно влияние върху функционирането на организацията, както силите с пряко въздействие. Обикновено са по-сложни, тъй като ръководството много често работи с предположения и непълна информация, опитвайки се да прогнозира възможните последствия. Косвено действащите върху организацията фактори, са: политико-правни, икономически, социални, технологични и интернационални.



Фигура 2. Външни сили с косвено действие¹⁵

Външна среда с косвено въздействие:

а/ икономически сили

¹⁵ Гьошев, Б., Основи на управлението, УИ – МВБУ, 2012

- брутен вътрешен продукт
- неясни и несигурни икономически условия /COVID-19/ и породената от тях инфлация
- регулативна функция на държавата – неадекватна степен на правителствено регулиране

б/ социални сили

- демографски промени
- традиции
- ценности
- норми

в) технологичните новости - изключително динамични, в съвременната пазарна система имат водеща роля относно качеството на предлаганата услуга. Чрез технологичните новости възникват нови производства/ напр. роботизирана хирургия/, разширява се кръга от предлагани услуги, променят се условията на труд, появяват се нови професии. Всяка организация игнорираща внедряването на нови технологии е обречена на неконкурентноспособност и влошаване на показателите.

г) заобикалящата среда ¹⁶

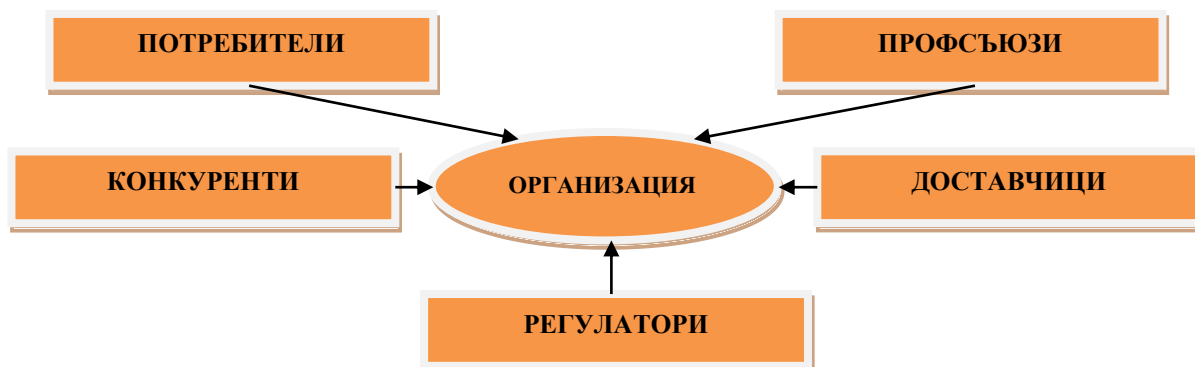
От изключително значение за успеха на организациите е да се отчита влиянието на заобикалящата среда. Влиянието може частично да се ограничи, но не и да се избегне или промени. Такива са пазарът, поведението на конкуренти и партньори, породени от глобализацията и технологиите, а също и променяща се здравна култура и претенции на населението, които се променят също от гореизброените фактори водещи до възможността за пренос на информация със скоростта на светлината. Промените в нормативната база също налагат необходимостта от незабавна промяна. ¹⁷

Външни сили с пряко действие - Въпреки че е важно да се следят промените в общата среда, организацията има сравнително малко влияние върху нея. По тази причина, мениджърите насочват вниманието си предимно към средата с пряко въздействие. Тя включва потребители, конкуренти, регулатори, доставчици и профсъюзи. ¹⁸

¹⁶ http://fricking.ninja/ibsedu/MK18/IBSEDU/I/OU/OU_Gioshev.pdf 18/07/2020

¹⁷ Хаджиев Кристиан Ст. ас. д-р, Стратегии за организационна промяна в бизнеса. Динамики на модела за организационно съвършенство

¹⁸ http://fricking.ninja/ibsedu/MK18/IBSEDU/I/OU/OU_Gioshev.pdf 18/07/2020



Фигура 3. Външни сили с пряко действие¹⁹

Външна среда с пряко въздействие:

1. Потребители - Най-общо потребителят /в случая пациентът/ е този, който заплаща пари, за да получи продукта или услугата на организацията. Според Питър Дракър, основната дългосрочна цел на бизнеса е да създава потребители. Съществуването на една организация зависи от нейната способност да намира потребители и с дейността си да удовлетворява техните потребности. Успешните мениджъри се опитват да разберат кои са техните потребители и от какво имат нужда. Зависимостта на организацията от тях е съвсем явна: отказът на пациентите от потребление на здравна услуга от дадена здравна организация за сметка на друга, води до намаляване на размера на приходите и съответно на печалбата. Пациентът-клиент решава даден вид услуга от коя болница- производител и на каква цена ще си купи. Неговото поведение рефлектира също така и върху взаимоотношенията между здравната организация и доставчиците на ресурси.

2. Конкуренти - докато мениджърите на една организация се опитват да разберат от какво имат нужда потребителите и как да откликнат на тази нужда, мениджърите от конкурентните организации правят същото. Най-общо казано, конкурентите са организации, които се опитват да задоволят едни и същи потребителски нужди. Това са опонентите на организацията, с които тя се съревновава за привличане на потребители /пациенти/ и на необходимите ресурси от външната среда; те ограничават достъпа на ресурси и приходите от потенциалните здравно осигурени потребители. Вътрешновидовите конкуренти са организациите, които предлагат същите или подобни

¹⁹ Гьошев, Б., Основи на управлението, УИ – МВБУ, 2012

продукти, а междувидовите конкуренти са напълно различни конкурентни организации. За да успее една организация, тя трябва да прави ефективни ходове и контраходове, които да съхранят или да подобрят нейната позиция на пазара, и които да не могат да бъдат лесно неутрализирани с ответни ходове на конкурентите ѝ. Влиянието на конкуренцията е по-силно, когато бариерите за влизане в бизнеса са ниски и потребителите са склонни да приемат дадена услуга от друга организация. Глобализацията на съвременния бизнес прави конкуренцията по-сложна и предизвикателна вече и в медицината.

3. Регулатори - регулаторите са елементи на външната среда, които имат потенциала да контролират, или да влияят върху политиката и дейността на организацията. Те определят например какво организацията може да предлага и как да трансформира оперативните си разходи. Като пример за такива регулатори за организациите в здравеопазването се явяват НЗОК, която се стреми да предотврати разхищение на финансовия ресурс, да осигури достъпност и равнопоставеност за всички здравноосигурени лица, съответно по време на карантината да осигури известна степен на защитеност от загуби и евентуален фалит на болничните организации. Също такъв пример е РЗИ - органът, който дава или отнема лиценз за работа и който има власт върху организациите, които са заинтересовани да открият такъв тип дейност. Групите по интереси не се създават от държавата, а се организират от своите членове с определена цел. Тези групи нямат официалната власт на правителствените регулатори, но имат доста прилично влияние при използване на медиите за привличане на вниманието върху техните позиции такъв например е БЛС.

4. Доставчици - всички организации имат нужда от ресурси, а те се набавят от доставчиците. Това са производителите на ресурси - суровини, материали, оборудване, технологии, енергия, които болничната организацията-купувач влага в процеса на производството и чието качество следователно може съществено да повлияе върху качеството, разходите за предлаганата услуга, времето за възстановяване и удовлетвореност на пациента и на края формиране на знака пред общественото мнение. Качеството и количеството на ресурсите имат важно значение при трансформацията им в желанния продукт. Лошото качество удължава и оскъпява лечебния процес, който е своего рода процес на производство. Висока цена и бавна доставка също могат да възпрепятстват до невъзможност работния процес.

5. Профсъюзи - хората са най-ценния ресурс на организацията. Те предоставят знанията, уменията и представляват движещата сила, която я създава, съхранява и тласка напред. Работната сила е включена в профсъюзи и организацията следва да се съобразява с техните интереси. 20

Б. ВЪТРЕШНИ СИЛИ

Свързани са основно с процесите протичащи в една организация, както и с взаимоотношенията между хората в тази организация на всички нива. Към тях се включват:

- ***Структурата***

Нейното предназначение е разделяне на работата между служителите и координиране на дейностите с оглед постигането на организационните цели. Тя дефинира задачи и пълномощия, трудови роли и взаимоотношения и комуникационните канали. Структурата прави възможен процеса на управление, тъй като осигурява схема, чрез която дейностите могат да се планират, организират, ръководят и контролират. В една малка организация има малко, или почти няма структурни проблеми. Разпределението на задачите, определянето на пълномощията, отговорностите и отношенията между членовете може да се извършва на персонална и неформална основа. С нарастване на размера, обаче, възниква нуждата от формална структура. Освен това, тя трябва да бъде обект на непрекъснато наблюдение от страна на мениджмънта. Според П. Дракър, добрата организационна структура, сама по себе си, не води до добро изпълнение, но лошата структура прави доброто изпълнение невъзможно, независимо колко способни и талантиви са мениджърите. Организационната структура, която се достига в следствие на развитието, и която е удовлетворяваща за моментното състояние на организацията, в следващия момент може да се окаже неудачна, ако не се предприемат съответните промени от мениджърския екип. Същото важи и за продуктовата структура. 21

- ***Вземането на управленски решения***

Това е основна функция на всеки ръководител, а в лечебното заведение е изключително зависещо от стила на мислене на болничния мениджър. И докато лекарят

²⁰ Гьошев, Б., Основи на управлението, УИ – МВБУ, 2012

²¹ Гьошев, Б., Основи на управлението, УИ – МВБУ, 2012

мисли индивидуално, то мениджърът трябва да мисли глобално - от финансовите ресурси до медицинската етика и да притежава глобална логика т. к. той е стратегът на болничното лечебно заведение. Той е отговорен за баланса на медицинската и икономическа логика във всяко управленско решение²², това е т. н. реалистичен стил на мислене. Административният стил фокусира вниманието си върху материалните ресурси, но се игнорира фактът, че именно заетите в здравеопазването човешки ресурси, трансформират различните по вид ресурси в ресурси на здравеопазването. ²³

Управленските решения по време на промяна разработват алтернативи, избират вариант, свързани са с навременност на решението, с правилност на решението и т. н. Поради това основните трудности възникващи при управленско решение е не вземането на решение, а вземането на неадекватно, или грешно и/или несъобразено със ситуацията решение.

Когато в една организация се наблюдава проблем с вземането на решения, това е ситуация, която изисква спешна промяна.

- ***Персоналът***

Най-важният фактор и най-ценният ресурс на организацията. Управлението на всяка организация се изразява в постигане на цели чрез използване на способностите и талантите на хората. Хората влагат време и енергия в достигане на организационните цели чрез изпълнение на организационните задачи, в замяна на което получават работна заплата и други материални и нематериални облаги. Във всяка организация съществуват две паралелни и неотделими структури – формална и неформална; всяка формална организация включва множество неформални групи и всяка неформална организация включва известна степен на формалност. Формалните групи се определят от организационната структура и поведението на членовете им е насочено към организационните цели. Неформалните групи са естествени формации в трудовата среда, които възникват в отговор на нуждата от социален контакт. Основните фактори, които оказват влияние върху индивидуалното поведение на една личност, са: интелектуални и физически способности, физиологични и психологични потребности, очаквания, възприятия, отношение, ценности и др. И тъй като организациите са социални системи хората имат социални роли, статус и поведението им се влияе и от

²² Димитров Д., Стратегии и мениджмънт на организационната промяна в здравеопазването, 2011

²³ Пак там

групата, в която те работят. А в динамичното време, в което живеем тяхната роля ще става все по-важна, а технологиите само ще помагат. Повишеното внимание към собствения персонал определя промените в тази област. Тук се включват промени, свързани с привличането, набирането, движението и мотивирането на персонала.

- ***Комуникациите***

Терминът „комуникация” произлиза от латинското *communis*, което означава "взаимен". С други думи, ако предаването на символи (вербални и невербални) не е съпроводено с взаимно разбиране, няма комуникация. Ефективна е комуникацията, когато съобщението се изпраща по такъв начин, че полученото съобщение е възможно най-близко по смисъл до изпратеното и като такава тя е изпълнила своите 4 основни функции:

- ◇ контрол - контролира поведението на служителите чрез изясняване на задълженията, пълномощията и отговорностите, включени в длъжностната характеристика и формалните организационни политики. Неформалната комуникация, от своя страна, също би могла да осъществява контролна функция чрез комуникация на нормите налагащи подчинение;
- ◇ мотивация - подпомага мотивацията на служителите чрез предоставяне на допълнителни инструкции по повод на задачите, които трябва да изпълнят и целите, които трябва да достигнат, осигуряване на информация за това доколко се справят със своите задължения и какво може да се направи, за да се подобри изпълнението.
- ◇ израз на емоциите - за много служители работна група е основен източник на социално взаимодействие. Комуникацията, която се осъществява в групата, е фундаментален механизъм, чрез който членовете показват своите чувства на удовлетворение и неудовлетворение. По този начин тя приема формата на отдушник за изразяване на емоциите и за задоволяване на социалните потребности.
- ◇ информация - комуникацията осигурява информацията, от която индивидите и групите се нуждаят, за да идентифицират даден проблем и да оценят алтернативните варианти на решения.

Всяко комуникационно взаимодействие, което се осъществява в рамките на групата или организацията, изпълнява една или повече от тези четири функции.

Сила за промяна в организацията могат да бъдат както добре организираната комуникационна мрежа, така също и различните смущения и слабости в нея. Комуникациите са от изключителна важност както за разрешаване на проблеми така и за вземане на решения, особено за болничната структура, където процесите се отличават се с изключителна обвързаност, взаимозависимост, налагащи координация и последователност. Въпросите на комуникацията са част и от въпросите на човешките ресурси, тъй като сътрудниците формират средата за осъществяване на комуникации. Те са предпоставка за успешно функциониране на организацията и са в основата на управленския успех.

Различават се 3 основни вида комуникации: междуличностни, вътре-организационни и комуникационни мрежи.²⁴

Междоличностните комуникации могат да бъдат вербални, невербални и писмени.

Вербалната (устна) комуникация е най-разпространена, много бърза и позволява да бъдат направени корекции още в процеса на разговора. При нея обратната връзка е непосредствена. Този вид комуникация съдържа в по-малка или в по-голяма степен и невербален елемент.

Невербалните комуникации са скритите, неизречени послания, които могат да придружават една вербална комуникация или да съществуват самостоятелно. Мимиката, жестовете, положението на тялото, интонацията на гласа (т.нар. “език на тялото”) са натоварени с информация, която често, ако е комбинирана с вербална такава, може да я подкрепя или изцяло да и противоречи. Според Mehrabian und Weiner 7% от посланието е словесна част (само думи), 38% е гласова част (тон на гласа, интонация и други звуци) и 55% е несловесна част (мимика, жестове, пози).

Дори днес повечето хора не подозират за съществуването на несловесното общуване чрез езика на тялото и за неговото огромно значение.

Повечето учени считат, че по-голямата част от междуличностното общуване се осъществява чрез жестове, пози, разположение в пространството и спазване на различни отстояния между събеседниците (Пийз и Гарнър). Регистрирани са около 1 милион несловесни знаци и ситаали, които носят 5 пъти повече информация от словесното

²⁴ Болничен мениджмънт

общуване. Когато словесното и несловесно послание не си съответстват, хората обикновено се доверяват на несловесното и пренебрегват словесното.

Необходимо е да споменем и т. нар. метаезик - онези думи и изрази, които могат да разкрият истинките мисли и намерения на говорещия. Той се усеща като вътрешен глас, предчувствие, интуиция, тъй като в действителност говорещият няма предвид точно онова, което ни казва. Метаезикът е скрит език, в който са закодирани определни идеи, различни от изказваните в момента на говоренето посредством естествения език, т. е. метаезикът е скрит в използвания език. Той омекотява ударите, които си нанасяме взаимно, позволява ни да мажпулираме хората и т.н., без да изглеждаме откровено груби.

Писмените комуникации дават възможност за повторен прочит на подадената информация, както и за нейното архивиране. Те "удължават живота" на съобщенията. По-голямата част от важната, официална информация на организациите се издава в писмен вид. Към нея спадат плановете, отчетите, анализите, докладите, стандартите, инструкциите, заповедите, длъжностните характеристики и др.

Вътреорганизационните комуникации, т.е. тези в рамките на една организация, биват вертикални (низходящи и възходящи), хоризонтални и диагонални.

Низходящите комуникации са тези между ръководител и подчинени както и между звена, субординирани в рамките на йерархичната структура, т. е. чрез тях се реализират управленски функции. Обикновено този вид комуникация се осъществява без прескачане на нива. Тя може да бъде вербална, невербална или писмена, да се предава между два или повече субекта. Палитрата от вербални комуникации е достатъчно широка - от разговор и заповед до реч на събрание. Писмените варианти са също многообразни - писмени заповеди, инструкции, методични указания, решения на управителя и др. Много често компютъризираните информационни системи се използват в здравните организации за низходяща комуникация. Някои автори разглеждат този вид комуникации като авторитарни, изключващи получателя, но низходящите комуникации имат своето разумно приложение в организациите от всякакъв тип. Важно е обаче те да бъдат използвани на място, с ясна цел и да бъде осигурена адекватна обратна връзка.

Възходящите комуникации се използват от мениджърите за събиране на информация от организацията с оглед вземане на управленски решения, за откриване

на проблемни звена, за мониторинг, оценка и контрол на извършваните дейности, за установяване на психоклимата и най-общо казано, за да се информират какво мислят подчинените им. Значението на възходящите комуникации нараства с нарастване на комплексността на съвременните организации и особено на лечебните заведения у нас във време на големи институционални промени в рамките на осъществяващата се здравна реформа. Добрите междъри все по-често стимулират развитието на възходящи комуникации, създавайки климат на доверие и взаимноуважение като част от организационната култура на организацията (Robbins & Coulter).²⁵ Възходящите комуникации позволяват на ръководството да задоволява определени потребности на сътрудниците. Те създават у персонала усещането за съпричастност към успехите или проблемите на организацията. Обикновено възходящите комуникации се движат нагоре по установените йерархични вериги в лечебното заведение. Това в някои случаи води до възможност за филтриране или дори изкривяване на информацията. Добър начин да бъде разчупен този модел и да бъдат избегнати неговите недостатъци е въвеждането на инициативи като политика на “отворените врати” на ръководството (open door policy), разработването на анкети за персонала, въвеждане на техники, позволяващи участие на персонала в процеса на вземане на решения.

И при двете форми на вертикални комуникации най-ефективни канали са тези, които осигуряват персонифицирана и директна връзка между комуникиращите. Сред тях най-предпочитани са неформалните дискусии, официалните срещи и събрания с ръководството, осъществявани по инициатива на работещите, директното проучване на мнението на колектива чрез анкети. Важна предпоставка за нормалното протичане на комуникационния процес е наличието на взаимно уважение и доверие. Друга разновидност на умение за вертикално организационно комуникиране е умението за делегиране на правомощия.

Използването само на низходящи и възходящи комуникации е крайно недостатъчно при сложни организационни структури с комплексни задачи, каквито са съвременните болници. Координирането на дейностите по обслужване на пациентите налага комуникации от хоризонтален и диагонален вид.

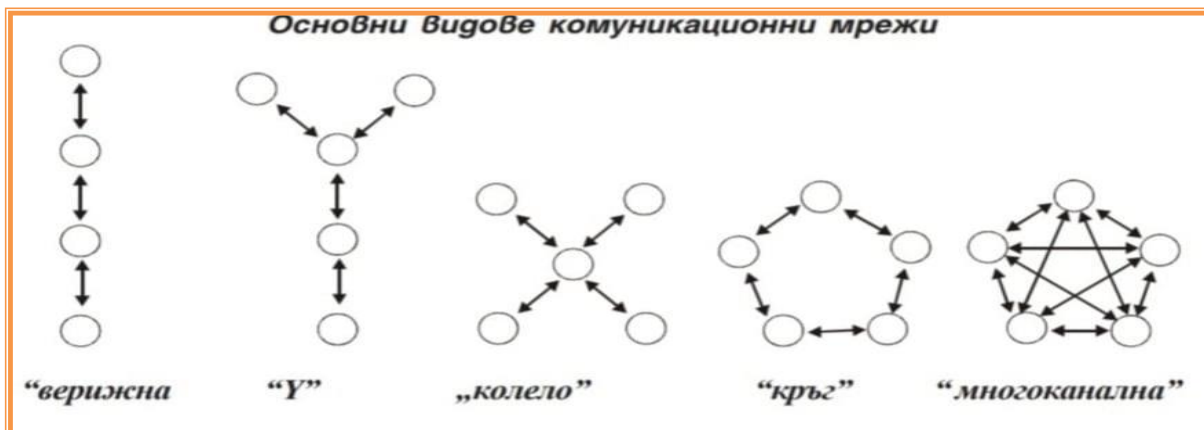
Хоризонталните и диагонални комуникационни потоци се осъществяват между сътрудници или звена на еднаква или сходна позиция в йерархичната система на

²⁵ Болничен мениджмънт

болницата. Като пример за диагонална комуникация може да се посочи, когато управителят на болничната аптека обръща внимание на сестра от отделение за възможни нежелани реакции при медикамента, предписан на даден пациент. Този вид комуникации е особено често използван при дейността на различни комисии в болницата - комисии по качеството, по етика, при проекти, изискващи формирането на екипи от различни отделения.

За разлика от вертикалните комуникации, които следват веригата на властта, хоризонталните комуникации пресичат тази верига. Те са обусловени от необходимостта от координация между отделните звена. Недостатъците на този вид комуникации са свързани с опасността някои сътрудници да поемат отговорности, които надхвърлят тяхната компетентност, или да не информират ръководителя си за протичането на дейностите, в които са включени. Тези недостатъци могат да бъдат избегнати като се прецизират правата и задълженията на членовете на отделните екипи или комисии.

Комуникационни мрежи (модел). Вертикалните, хоризонтални и диагонални комуникационни потоци могат да се комбинират под формата на комуникационни мрежи. Последните могат да бъдат централизираны, характеризиращи се с това, че информацията преминава през един централен участник в мрежата, при което различните членове имат различна възможност за достъп и предаване на информация. При децентрализираните мрежи всеки участник в мрежата има по презумпция равна възможност за участие в комуникационния процес. Този тип мрежи са особено подходящи при работни групи, формирани за решаване на някакъв проблем на принципа на мозъчната атака. На фигура 3 са представени пет основни вида комуникационни мрежи (Rakich et al.).



Фигура 4. Основни видове комуникационни мрежи

Верижната комуникационна мрежа е построена от възходящи и низходящи потоци и е базирана на съществуваща йерархия. Пример за това биха могли да бъдат комуникациите по веригата на сестринската йерархия - сестра в отделението, старша сестра, главна сестра.

У- модел е налице, когато двама сътрудници докладват на по-висшестоящ, който от своя страна информира други двама. Пример за това могат да бъдат двама лекари от отделението, които информират за даден проблем началника на отделението, който на свой ред предава информацията по-нагоре.

Моделът на колелото илюстрира четирима сътрудници, подаващи информация на висшестоящ, при което няма взаимодействия помежду им. Пример за това са четирима началници на отделения, информиращи директора на болницата. Този вид комуникации сравнително рядко се среща в болниците в чист вид, тъй като там естеството на работата изисква добро взаимодействие между отделните структури.

Моделът на кръга се отличава с това, че всеки от участниците взаимодейства директно с други двама, като липсва централна ръководна фигура. При този начин на взаимодействие, в крайна сметка, информацията се разпространява между всички участници.

Подобен е моделът на многоканална (звездовидна) комуникация, при която всеки участник в мрежата може да подава и получава информация от всички останали участници в нея.

Неформалните комуникации съществуват наред с описаните по-горе форматни комуникационни потоци. Те са познати още под названието “лозница” (grapevine) и се

формират на основата на междуличностни контакти, които обикновено се появяват там, където има липса или недостатъчно формална информация. Тези неформатни потоци са източник на различни слухове. Предаването на информация по неформален път се отличава с висока степен на персонализация и със сравнително висока скорост на протичане, особено в низходяща посока. Информацията от този вид би могла да се разпространява безразборно във всички посоки или по селективен начин. Мениджърите би трябвало да се стремят да използват тези неформални потоци, като ги превръщат в свое предимство. Един от начините за противодействие е официалното опровергаване на невярната информация. Друга форма на реакция, даваща добри резултати в практиката, е захранването на “лозницата” с вярна информация.

Нарушаването на ритъма на комуникация в болничната организация може да резултира във влошаване обслужването на пациентите, в резултат на което да последва отлив на пациенти. Това поражда потребността от промяна на начина, по който са организирани информационните връзки в организацията или от промяна в системата на информационно осигуряване.

Междоличностните отношения като елемент на комуникациите предопределят до голяма степен социалния климат. Нарушаването на хармонията на тези отношения може да предизвика различни социални ефекти - от недоволство, несъответстващо изпълнение на служебните задължения до напускане на работа и т.н. Ръководството трябва да установи причините за тяхната проява, да оцени необходимостта от решаването им като проблем и да пристъпи към съответната промяна.

За разлика от външните сили, вътрешните са в полето на контрол от ръководството. Те могат да се оценят по-пълно от гледна точка на връзката "причина - следствие" и да се регулират от гледна точка на планираните резултати.

Външните и вътрешните фактори влияят едновременно върху здравната организация. Нерядко обаче тези два вида фактори имат противоположни тенденции по отношение характера на промяната, което довежда до определени конфликтни ситуации.

Така например, стремежът на здравните професионалисти към по-справедливо възнаграждение, основано на качеството на труда, би изисквал внедряване на свободен пазарен механизъм в здравната система. В същото време в околната среда (населението, политиките) може да се прояви скептично отношение към приложението на тези

пазарни механизми в здравеопазването. При това положение е възможно факторите на околната среда да налагат друга посока на промяната - към регулиран пазар.

1.3. Стъпки, етапи и равнища на процеса на промяна

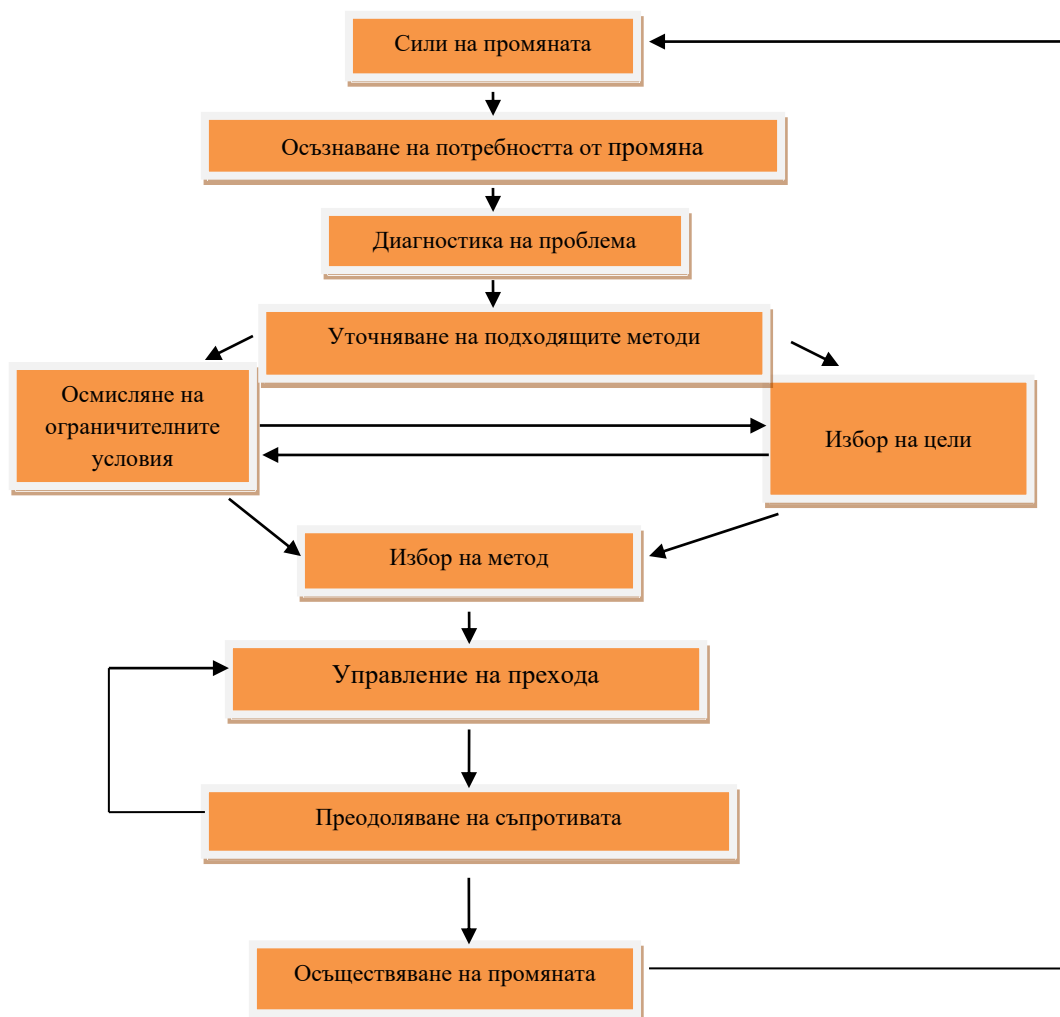
Процесът на промяна се разглежда като ситуация породила се от въздействието на определени външни и вътрешни фактори. Условно тя преминава през осем стъпки в три етапа:

- ◇ Наблюдение на силите за промяна.
- ◇ Разпознаване на необходимостта от промяна.
- ◇ Диагностициране и анализ на проблема.
- ◇ Разработване на алтернативи.
- ◇ Определяне на границите на развитието.
- ◇ Избор на метод.
- ◇ Преодоляване на съпротивата.
- ◇ Осъществяване на промяната.
- ◇ Наблюдение на силите за промяна

Генерираните при процеса наблюдение данни се обработват, анализират, след което се ползват за вземане адекватно управленско решение.

Разпознаване потребностите от промяна

През този етап е необходимо да се проследи влиянието на различните фактори и да се види как те са се превърнали в сили за промяна. Важни елементи в системата от индикатори за промяната са финансовото състояние на организацията, данните от качеството на изпълняваните задължения, бюджетът. Намаляването на печалбата и загубата на пазари са индикатори за намаляване на конкурентноспособността и за потребност от промяна с цел оптимизация на разходите.



Фигура 5. Етапи на процеса на управление на промяната²⁶

Други сигнали оказващи за необходимост от организационна промяна са промяна в предпочитанията и вискателността на пациентите, високи разходи, неефективен обмен на информация между звената, дублиране на роли и отговорности, ниска мотивация на служителите и др.

От изключително значение е да се установи не само необходимостта от промяна, но и точно моментът, когато тя възниква. Всяко изпреварване може да доведе до недооценяване на силите за промяна, а забавянето - до непредсказуеми последици.

²⁶ Рибарска, Е. Управление на промените в публичния сектор.

Възможно ли е да не се усети промяната?

Ако липсва способност за усещане на промените, това е опасно. Тогава се проявява синдромът на "сварената жаба", чийто органи са така устроени, че не реагират на постепенни плавни промени на звук, налягане, зрителен образ и топлина. И ако се сложи жаба в съд и водата се подгръва бавно, жабата ще се свари без изобщо да го усети при това доволна и щастлива, че е била на топло.



Фигура 6. Илюстрация на синдрома на „сварената жаба“²⁷

Синдромът на "сварената жаба" се наблюдава при организации, които не са създали или са се лишили от органи за контакт със средата, или - ако са ги създали, не са настроени на нисък праг на чувствителност.

Всяка организация за да оцелее, трябва да бъде адаптивна, т. е. да е способна да се променя, за да отговори на измененията на средата. Поради тази причина промяната е не само един от най-важните процеси в една организация, а и единствената възможност за нейното оцеляване. Планираната организационната промяна е основното съдържание на организационно развитие.

Диагностициране и анализ на проблема

За да се избегнат сериозните последици от ненавременната промяна, ръководителите трябва да дадат диагноза на същността на проблема. Преди да се

²⁷ Рибарска, Е. Управление на промените в публичния сектор.

предприемат определени действия, е необходимо да се диагностицират симптомите на проблема и по този начин да се дефинира самият проблем. До този момент може да не се стигне, ако ръководителите и всички наблюдаващи имат единно становище. Поставянето на диагнози е най- трудният момент. В теорията се препоръчва търсенето на отговор на три въпроса:

- ◇ „Какъв е всъщност проблемът, както е очертан от проявените симптоми?“,
- ◇ „Какво е необходимо да бъде направено, за да бъде разрешен проблемът?“
- ◇ „Какви последствия се очакват от действието и как тези последствия ще бъдат оценени?“.

Отговори на посочените въпроси може да се получат или от мениджърите, или чрез допитване до работещите във фирмата. Последващата дискуссия може да се извърши на различни равнища, като по този начин ще се даде възможност да се изясни природата на проблема.

Разработване на алтернативни методи за промяна

След като проблемът е установен и анализиран, е необходимо да се определят алтернативните методи, които могат да се използват. При този етап е важно да се оценят потенциалните възможности на организацията и чак след това да се избере съответната алтернатива. Следва изборът на подходящ метод за промяна.

При разработването на алтернативни методи и подходи за промяна трябва да се даде отговор на следните въпроси:

- ◇ Защо се налага промяната?
- ◇ Кого засяга промяната?
- ◇ Кога трябва да започне и да завърши промяната?
- ◇ Какъв е видът на промяната?
- ◇ Какво ще струва на фирмата промяната?
- ◇ Кои са ефективните (положителни страни) от промяната?
- ◇ Какъв е цялостният ефект от промяната?

Определяне на границите на развитието

Определят се параметрите на средата или т. н. ограничителните условия на самата среда, които са винаги налични и изключително разнообразни, например: формата на

собственост, фирмената култура, образователно и квалификационно равнище на персонала, формалната организация, неформалните групи и лидери, мотивацията на персонала. Несъобразяването с тях може да доведе не само до неуспех на промените, но и до срив в организацията на всички нива.

Избор на метод

След като са определени параметрите на средата, в която осъществява дейността си организацията, е необходимо да се избере подходящ метод, по който ще се извърши промяната. Той при всички случаи трябва да е съобразен с целта, която трябва да се постигне с промяната. Това е важен етап и от гледна точка на по-нататъшното осъществяване на промяната - избора на модели и стратегии за промяна, както и преодоляване на съпротивата срещу промяната.

Преодоляване на съпротивата

Независимо от перфектността и професионализма при осъществяване на промяната винаги трябва да се отчита потенциалната възможност за съпротива и необходимостта тя да се преодолява.

Осъществяване на промяната

Това е завършващият етап от цялостния процес на промяната. Той е значим поради две причини. Първо, чрез него приключва цялостният процес на промяната и второ, сравнява се новото състояние с първоначалното състояние преди започване на промяната, т.е. осъществява се функцията контрол. Посредством обратната връзка мениджърският екип на организацията получава информация за това дали са постигнати предварително поставените цели. 28

Тези осем стъпки от промяната могат да се обединени в следните три етапа :

Етап на размразяване «събуждане», през който се оспорват или подлагат на съмнение старите навици и методи на работа, съществуващите ценности и атитюди и се обсъжда и чувството за неотложност. Целта на този етап е да се създаде готовност за научаване на ново поведение, т.е., да се стимулира мотивацията за промяна.

²⁸ Хаджиев Кристиан Ст. ас. д-р, Стратегии за организационна промяна в бизнеса. Динамики на модела за организационно съвършенство

Етап на променяне или преход, през който се осъществява същинската промяна и се научават нови методи на работа, нови ценности, нагласи и поведение. Измененията могат да бъдат въвеждани постепенно или да са по-драматични. На този етап най-важен е изборът на стратегия за осъществяване на промяната.

Етап на замразяване, в който се затвърждават научените ценности, нагласи и поведение, като се преминава в оперативен режим на работа. Като средство за поддържане на направените изменения на този етап се препоръчва даването на подходящи възнаграждения.²⁹

Съществуват пет равнища на промяната, които са йерархично подредени и на всяко от тях съответстват определени подходи и техники за промяна.

На най-ниското равнище се осъществяват измененията в съдържанието и начините за изпълнение на задачите. Тази промяна се осъществява чрез проучване на методите за работа и чрез обогатяване на работата – постига се чрез обучение и курсове.

Второ равнище - свързва се с промените в конкурентните стратегии и мениджърските роли. За да се подобри конкурентноспособността на организацията са необходими промени по отношение на съществуващите продукти и услуги. Промяната се постига чрез овластяване, управление чрез поставяне на цели, анализ и описание на ролите, свързани с работата, и др.

Трето равнище - отнася се до изменения в организационната структура, които се налагат поради необходимостта от подобряване на конкурентноспособността или от въвеждането на нова стратегия. Тази промяна се извършва чрез реструктуриране на организацията.

Четвърто равнище - включва промяна на целите и на стратегията на организацията, чрез стратегическо планиране.

Най-високото пето равнище на промяна се отнася до изменения в организационната култура, ценностите и стиловете на ръководство. Това е най-сложното, най-трудно и бавно изпълнимото равнище на промяна. Промяната тук се

²⁹Адреева, М. Основи на управлението, Варна, Издателска къща „СТЕНО“, 2003..

постига именно чрез прилагане на технологията и интервенциите на организационното развитие. 30

Обособяването на посочените пет равнища в практически аспект е доста условно и задължава консултанта да се съобразява с факта, че подсистемите и равнищата в организацията са взаимосвързани и всяка промяна в една подсистема или равнище неминуемо поражда промяна в друга подсистема, и на друго равнище. По тази причина, макар ориентацията на организационното развитие да е към най-високото ниво на промени в организацията, това не изключва, а напротив предполага интервенции и на по-ниските равнища, т. е. макар организационното развитие да е предназначено да промени преди всичко организационната култура, то включва в себе и посочените по-ниски равнища на организационна промяна. 31

1.4. Зараждане и посоки на развитие на промяната

Зараждането на организационната промяна става в три варианта:

- ◇ “Отгоре - надолу”. Инициатор на промяната е висшето ниво на мениджмънта на организацията, която чрез конкретни решения се разпространява към другите, по-долни нива на управление.
- ◇ “Отдолу - нагоре”. В този случай липсва инициатива във висшето (политическо) ниво на мениджмънт или тази инициатива е колеблива и неубедителна. Идеята за промяна възниква в оперативното управленско ниво, въздейства на средното и висшето ниво и успява да наложи консенсус и решение за промяна в организацията.
- ◇ От средното (координиращо) ниво на мениджмънт. Идеята за промяна тръгва двупосочно “нагоре” и “надолу”, докато бъде възприета и официализирана във формата на управленско решение за цялата организация. 32

Възможно е инициативата за промяна да възникне едновременно в трите нива на мениджмънт, но това е по-скоро теоретична вероятност.

³⁰ Илиева, С. - Организационно развитие. С., Университетско издателство “Св. Климент Охридски”, 1998.

³¹ Пак там

³² Борисов В., Мениджмънт на организационната промяна

От практическа гледна точка най-благоприятният вариант за организацията е, когато инициатор на промяната е висшият мениджмънт на организацията, тъй като в този случай се предполага, че идеята за промяна е най-цялостна и най-стратегическа по отношение мисията, методите и културата на организацията.

По-ниските управленски нива могат да бъдат инициатори на промяната в случаите, когато висшият (политическият) мениджмънт е ригиден и пасивен към новопоявяващи се потребности. В такива случаи изразител на обективните потребности, приоритети и тенденции става средният (координиращият) мениджмънт или оперативният мениджмънт на организацията.

Но най-често идеята за промяна от по-ниските управленски нива и особено от оперативното ниво, ако не отрази по-общи потребности и интереси, е застрашена от риска да бъде едностранчива, фрагментарна, конюнктурна, краткосрочна и ниско приоритетна по отношение генералните цели на здравната организация.

Ето защо функциите и отговорностите за зараждането и развитието на промяната са присъщи, неотменими функции и отговорности именно на политическия (висшия) мениджмънт на всяка една организация. Тези функции и отговорности не могат да бъдат делегирани. 33

1.5. Методи на промяната.

Целта и методите на организационната промяна са насочени към организационното развитие и никога не бива да бъдат самоцел, въпреки че не рядко е срещано явление.

Основните методи на организационната промяна са четири:

1. Организационно развитие:
 - а) Формиране на работен екип;
 - б) Непрекъснато обучение;
 - в) Групи на качеството;
 - г) Управление чрез индивидуализирани цели.
2. Социална промяна.
3. Консултиране и съучастие.

³³ Борисов В., Мениджмънт на организационната промяна

4. Външен натиск, “възпламеняване на бомба” и други варианти на силовата стратегия.

Тези методи се прилагат едновременно и с различна относителна тежест съобразно особеностите на промяната. Водещо място заема първият метод - организационно развитие.

Организационно развитие. Тази методическа концепция бе развита от американския автор R. Beckhard. Чрез термина “организационно развитие” той обобщи процеса на подготовка на хората в организацията за промяната и за нейното управление.

Организационното развитие е процес, чрез който принципите и методите на поведенческите науки се използват планово и системно за постигане на по-висока организационна компетентност, водеща до подобряване статуса на организацията, подобряване качеството на работната среда и повишаване на организационната ефективност. 34

Както се вижда, фокусът на организационното развитие е насочен към организационната култура, към мотивацията, към използването и интегрирането на човешките ресурси.

Организационното развитие трябва да се основава на предварителна глобална концепция за перспективите на организацията формулирана в стратегическия мениджмънт.

Разработвайки плановете и стратегията за организационната промяна в организацията мениджърът трябва да се ръководи освен от целта и посоката на организацията и от факта, че промяната трябва да е интегрираща в потребностите на цялата здравна система, което пък е обусловено от законодателството.

Проблемът обаче е във фрагментирано и неясно фокусирано здравно законодателство в България изразяващо се в многобройни, но откъснати един от друг здравни закони. По този начин здравната проблематика се фрагментира, а интегритета на здравната система е нарушен. Проявен на национално ниво проблемът на ниво болници се мултиплицира. Именно тук е възелът на множеството управленски трудности както по пътя на здравната реформа така и на ниво здравна промяна в здравната организация, от където страда и организационното развитие..

³⁴ Борисов В., Мениджмънт на организационната промяна

При реализирането на програмите за организационно развитие се използват редица специфични техники, улесняващи промяната. :

а/ Формиране на работен екип. Здравните организации са съставени от два типа екипи - за обслужване на пациенти и управленски. Тези екипи обикновено не работят заедно, а в някои от фазите на промяната е необходимо, за да може организационното развитие да бъде пълноценно реализирано.

б/ Перманентно обучение (Continuing education). Решаваща роля за успеха на промяната има наличието на персонал, който да е добре информиран за най-новите тенденции в дадената сфера. Такъв персонал е по-вероятно да не резистира на промяната и дори да бъде неин инициатор.

Особено остра е необходимостта от перманентно обучение на управленския персонал в здравеопазването по въпросите на съвременната здравна политика и здравния мениджмънт.

Виталното значение на перманентното обучение е очертано синтетично от С. Houle: Най-големият урок от непрекъснатото обучение е да се очаква, че неочакваното ще продължи да се появява.

в/ Групи на качеството. Тази концепция и техника е развита в Япония и адаптирано се прилага в САЩ. Чрез нея се улеснява промяната главно на оперативното ниво.

Чрез редуциране на грешките на работа в болниците се повишава качеството на здравното обслужване. В същото време цикълът се затваря: като се повишава качеството, се редуцират грешките, подобряват се комуникациите и екипната работа.

Според оригиналното определение групата на качеството представлява малка група работещи, която се събира регулярно на проблемно ориентирани срещи (съвещания) и обсъжда промените, нужни за подобряване на морала, производителността и качеството на здравното обслужване. 35

Групата се състои от 3 до 12 членове с лидер и с постоянно място и постоянно време за срещи. Специална ревизионна група от мениджъри систематизира предлаганите промени от групата на качеството и приема решения за разпределението на ресурсите: материали, нов щат, осигуряване на резерви от работно време и т. н.

Процесът на качеството е цикъл, включващ:

³⁵ Борисов В., Мениджмънт на организационната промяна

- ◇ определяне на проблемите и задачите;
- ◇ критичен анализ на инциденти;
- ◇ изработване на варианти на решения;
- ◇ препоръчване и приемане на конкретните решения;
- ◇ изпълнение на решенията;
- ◇ оценка;
- ◇ документация на цялостния процес;
- ◇ текуща комуникация с други групи, участващи в процеса на качеството, със съсловни организации и др. 36

г. / Управление чрез индивидуализирани цели (Management by Objectives - MBO).

С този метод мениджърът и подчинените му определят и постигат взаимно съгласие за специфичните работни цели на всеки член на колектива.

Всеки здравен професионалист трябва да има специфични, измерими и реално достижими цели, които произтичат от общите цели на здравната организация. Това не означава, че всички индивидуални цели трябва да бъдат еднакви - те трябва да са съвместими.

Индивидуалните цели трябва да са съвместими в два аспекта: с общите цели на организацията и с целите на другите членове на колектива.

Без да се надценява, този метод се приема като несъмнено полезен за организационното развитие. Установени са следните полезни ефекти от управлението чрез индивидуализирани цели:

- ◇ Работещите знаят какво се очаква от тях.
- ◇ Подпомага се планирането.
- ◇ Подобряват се комуникациите между мениджъри и подчинени.
- ◇ Работещите стават по-съпричастни към организационните цели.
- ◇ Индивидуализира се оценката на дейността съобразно предварително определените цели.
- ◇ По-реалистично се оценяват плюсовете и минусите на промяната.

³⁶ Борисов В., Мениджмънт на организационната промяна

Социална промяна.

Тя е ориентирана главно към човешкия потенциал на организацията, към персонала. Обхваща широк спектър от промени: в мотивацията и поведението на персонала, в квалификацията, промени в системата на възнаграждение, кадрови размествания, съучастие на подчинените във вземането на управленски решения и др.

Неотменен елемент на социалната промяна е създаването на възможности за перманентно професионално обучение и професионална кариера на всеки член на организацията. Трябва да се преодолее ограниченото виждане, че квалификацията и професионалната кариера на отделните здравни работници са само техни лични проблеми. Подобно виждане, за съжаление, не е рядко сред здравните ръководители.

Квалификацията и професионалната кариера на здравния персонал са не само лични, но преди всичко организационни проблеми. Грижата и отговорността за решаването на тези проблеми лежат върху управлението на здравната организация.

Консултации и съучастие.

Използват се многостранни консултации при планирането, при самата реализация на промяната и при оценката на резултатите. Ролята на консултанти могат да изпълняват както външни (независими) експерти, така и мениджъри, стоящи “отгоре” или “отдолу”, а също и хора от персонала.

Външен натиск.

Силовото въздействие за промяна в дадена организация може да идва от различни страни и фактори - от държавата, от синдикатите, от политическите сили, от други партниращи организации.

Прилагането на външния натиск като изолиран подход за промяна е знак за пасивност и инертност на управлението на дадена организация, което чака само външни инициативи, в това число и принудителни.

Един от неблагоприятните варианти на този подход е т. нар. възпламеняване на бомба като израз на силова стратегия. При нея засегнатите от промяната не се включват нито в подготовката, нито в осъществяването на промяната, а се поставят пред свършените факти на определени директиви за промяна.

В отделни случаи “възпламеняването на бомба”, макар и стресогенно, може да изиграе терапевтична роля за инертността на мениджърите и техните организации. в отделни случаи Също така този подход може да бъде оправдан при промяна, изхождаща от свръх високо приоритетни цели. 37

И така, в сравнение с рутинната управленска дейност мениджмънтът на промяната изисква по-сериозен аналитичен подход и нестандартни творчески решения, свързани с регулирането на отношението на персонала към промяната и организационното развитие.

В заключение ще посочим няколко важни предпоставки, които всеки мениджър на промяната следва да съобразява:

1. Нещо трябва да отключи и ускори промяната - случай, събитие, сигнал или индивид трябва да постави организацията върху релсите на промяната.

2. Самата организация трябва да бъде готова за промяна или някой вътре в нея (агент на промяната) да убеди другите, че старите удобни пътища трябва да бъдат заменени с нови неизвестни досега пътища.

3. Предлаганите нови пътища трябва да са свързани с установената ценностна система и да не я разстройват дълбоко.

4. Агентът на промяната трябва да избере ефективен подход за убеждаване на другите относно нуждата от промяна (напр. посяване идеите за промяна в процеса на обучение или чрез използване на различни средства за създаване на идейни коалиции и др.).

5. Агентът на промяната създава система от ценности и отношения - нов консенсус, в който ключовите личности в организацията взаимно ще се подтикват в търсенето на нов път, срещу инерцията, неохотата и откритата съпротива срещу промяната. 38

Изложеното по-горе показва, че промяната в желана посока (подчинена на целта) не може да бъде спонтанна дейност. Тя предполага целенасочен мениджмънт, умело мотивиране на хората, прогнозиране на вероятните положителни и отрицателни ефекти и постоянен анализ и оценка на новополучените резултати. Организационната промяна е управлявана промяна, следователно - планирана и контролирана промяна

³⁷ Борисов В., Мениджмънт на организационната промяна

³⁸ Борисов В., Мениджмънт на организационната промяна

1.6. Видове промяна

Във всички организации, независимо от различните им цели, структура, юридически статут, предмет на дейност и т. н. стават разнообразни изменения в процеса на тяхното съществуване и развитие. Затова съществуват различни класификационни признаци, въз основа на които се определят различните видове организационна промяна.

А. Според начина на осъществяване

1. Планирана

Планираната, както следва от самото ѝ име, е плод на дълго обмисляне и планиране. Тя има конкретен замисъл, тема и идея. Тя трябва да послужи за постигане на определен резултат, който е пресметнат във времето. Трябва да бъде обмислена, планирана и проектирана с цел да отговори на бъдещи нужди, да бъде съчетана с определени събития. Необходимо е да се вземат предвид и процентните заплахи и пречки, както и съпротива в и извън организацията. Възможностите, които открива една правилно и успешно генерирана промяна могат да бъдат неограничени, стига да бъдат правилно използвани.³⁹

2. Реактивна

Реактивната промяна е предназначена да реагира на всички внезапни изменения на средата. Това означава, че тя трябва да бъде пригодена да се използва в момент на криза, било то малка и незначителна или голяма и застрашаваща цялостната визия на организацията. Тя трябва да бъде подходящ отговор на всички евентуално възникващи заплахи пред организацията. Освен, че трябва да бъде навременно осъществена, тя трябва да бъде добре обмислена, за да осигури желаният ефект от нейното прилагане.⁴⁰

Б. Според последиците им за организацията

1. Радикална промяна

Тя е вид окончателна трансформация, представляваща скъсване с миналото.

2. Промени, които възникват ежедневно на оперативен ниво.

³⁹ Хаджиев Кристиан Ст. ас. д-р, Стратегии за организационна промяна в бизнеса. Динамики на модела за организационно съвършенство

⁴⁰ Хаджиев Кристиан Ст. ас. д-р, Стратегии за организационна промяна в бизнеса. Динамики на модела за организационно съвършенство

Този тип промяна е локализиран и е с еволюционен характер, промяната се извършва по-бавно, на етапи с течение на времето, което води до подобряване на работата в екип и подобряване на комуникациите. Промените, сами по себе си не представляват прекъсване на традицията, но с течение на времето се приемат и прилагат от индивиди и групи.

В. Според характера - това е най-разпространената типология

1. Стратегическа - промяна в целите на организацията без промяна на методите и средствата. Например, трансформацията на болнично лечебно заведение в медицински център, който наред със стационарната осигурява и извънболнична помощ.

2. Тактическа /оперативна/ - промяна в методите, средствата и структурата при непроменени цели. Например, изменение на ресурсите, здравните технологии, организационната структура, квалификацията на персонала, системата на заплащане и др.

3. Адаптивна - промяна едновременно в целите и в методите, средствата и структурата. Това е най-радикалният тип промяна, включваща цялостна преориентация на организацията, на функциите и методите ѝ. Например, преориентация на общинската болница в комплексен център за промоция на здравето. Това би изисквало както промяна на главната цел на болницата (от болестта към позитивното здраве), така и нови методи на дейност и професионални умения. 41

Извършващите се днес здравни реформи представляват макропромяна, нуждаеща се от високоефективен мениджмънт. Ключов проблем на тези реформи е типът на промяната - дали се променят само целите или само средствата, методите и структурата на здравеопазната система.

Една от слабостите на съвременните здравни реформи е прекомерният акцент върху промяната на средствата и структурата, без адекватно за се променят целите на здравеопазната система. Тези диспропорции и тенденции в процеса на организационната промяна водят до поява на изненадващ негативен резултат от нея.

Основната задача на здравният мениджър в периода на промяната е да осигури хармонично съотношение между промените в целите и промените в методите и

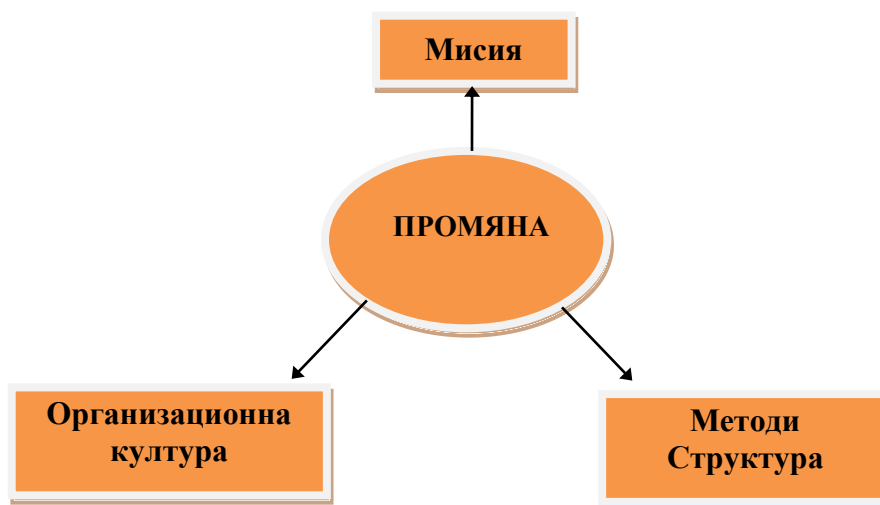
⁴¹ Борисов В., Мениджмънт на организационната промяна

структурата на здравната организация, т. е. да се гарантира добре регулирана адаптивна промяна.

Г. В зависимост от обхвата промяната бива:

1. Частична-такава е организационната промяна в западните страни.

2. Фундаментална промяна—пример за такава са организационните промени в източно европейските страни, от където произтичат и затрудненията.



Фигура 7. Обхват на организационната промяна⁴²

Фундаменталната промяна задължително обхваща три елемента на системата: мисия, методи и организационна култура. Смисълът на нашата здравна реформа не се изчерпва с понятието структурна реформа - това понятие е по-тясно и едностранно.

Най-подценяваният елемент на промяната в здравеопазването е организационната култура.

Подценяван елемент е и мисията /генералната цел, предназначението, философията/ на здравната организация.

Подценяването на промяната в мисията и/или в културата заплашва да превърне в самоцел промяната в третия елемент - методите (средствата, структурата). Казано по друг начин, се появява риск средствата да подменят целта.

Трябва да се признае, че това е и главният риск на структурната реформа на нашето здравеопазване. Не защо да се направи, а какво и как да се направи. Но в такъв случай

⁴² Борисов В., Мениджмънт на организационната промяна

методите, дори да са уникални, представляват сериозна заплаха, защото без целта методите се превръщат в административна самоцел. 43

Роля и промяна в организационната култура

Спецификата на организационната култура е това, че е най-чувствителният, най-финият и трудно уловим, симптом за реалната готовност на дадена здравна организация за промяна. Защото всички типове промени задължително предполагат и “културна промяна” в организациите.

Особеността в здравеопазването е тази, че технологично ориентираната промяна предполага такава промяна в организационната култура, която да е изцяло насочена към потребителя – пациент. В този ред на мисли това означава, че трябва да се създаде позитивна нагласа у бъдещите потребители. или по друг начин изказано, умението да се използва информацията за предстояща или протичаща организационната промяна за формиране на позитивно обществено мнение.

Промяната в организационната култура в една здравна организация изисква постоянно поддържане на обучителни дейности на целия персонал и то най-вече на хората, изпълняващи управленчески функции. Непрекъснато трябва да се придържаме към максимата, че «Обучението е процес на промяна и промяната е процес на обучение»

Вече 20 години, след започналата реформа в здравеопазването през 2000-та година, все по-често констатираме, че дефицитът на управленска култура като част от общата организационна култура в здравеопазването е сериозна бариера за успешна реформа в здравните организации.

Както за фундаменталната промяна в системата здравеопазване, така и за отделната организационна единица си нужни нова генерация управленци – Те са решаващият изходен културен феномен, необходим за успешната промяна в здравеопазването.

Днес управлението на промяната е несравнимо по-сложна дейност от рутинната управленска дейност, основаваща се на стриктни, добре известни принципи, защото е в условията на неопределеност и несигурност. Поради новият мениджър –лидерът на

⁴³ Борисов В., Мениджмънт на организационната промяна

промяната е необходимо да притежава висока доза флексибилност, нестандартен подход и готовност за посрещане на риск.

Това ни поставя пред проблема за ново, творческо професионално самосъзнание в мениджмънта, далеч по-различно от обикновените управленски функции.

От тук се налага професионално обучение на мениджър, който ще трябва да е с постоянен усет за промяна. Той следва да се освободи от стандартните подходи основани на рецептурен практицизъм и да бъде премине фундаментално обучение, формиращо широк кръгзор.⁴⁴

Формирането на нова организационна култура е противоречив процес. От една страна, се налага обучението в нов професионален стил и умения у персонала. От друга страна, се налага “отучването” от старите задържащи стереотипи и неадекватни професионални умения. Понякога “отучването” от старото е по-тежък проблем от научаването на новото.

Ролята на организационната култура отчетливо се обосновава в концепцията за промяна, основана на виждане. В този момент обаче авторите не изключват опасността от промяна на сляпо-обусловена от ентузиазъм, под диктат на спешност или модерно увлечение.

Новото време изисква лидер на промяната с компетентно управленско виждане, а не само с огромно желание за промяна:

- виждане за бъдещия статус на организацията;
- виждане за пътя към бъдещия статус;
- виждане за организацията като система, като цялост; виждане на приоритети;
- виждане за личните ангажименти на мениджърите в процеса на промяната.

45

Трябва да признаем, че в момента у нас бюрократичната „визия” е по-силна от творческия здравен мениджмънт. По европейската практика нещата са ясни и опростени – необходимо условие, за да заемеш управленска длъжност е завършено академично образование.

⁴⁴ Борисов В., Мениджмънт на организационната промяна

⁴⁵ Борисов В., Мениджмънт на организационната промяна

Компетентното виждане за фундаменталната промяна на здравната организация по същество е глобално виждане и затова следва да се разработва като консенсус сред топ-мениджърите, т.е. на висшето (политическо) ниво на мениджмънта.

Счита се, че задачите и отговорностите за подобно виждане не могат да се делегират на по-ниските управленски нива на организацията.

Ролята на общественото мнение, като фактор за успеха на промяната

Общественото мнение се определя като социално-психологичен феномен, присъщ на всяко човешко общество. То представлява явен или неявен израз на личностови и обществени оценки и нагласи, насочени към конкретен обект.

Общественото мнение е своеобразен начин за оценка и отношение на хората към обществено значими събития и факти.

Общественото мнение се формира или в процеса на общуването – случайно или целенасочено под влияние на държавни институции, политически партии, обществени организации, медии, пропаганда и др.

От здравните политици и здравните мениджъри се изискват професионални умения за периодично събиране и анализ на информация за общественото мнение в периода на извършваните промени в здравните организации или здравната система, защото общественото мнение може да изиграе ролята и на стимул и на бариера на организационната промяна в лечебното заведение.

А изследването на общественото мнение по време на здравната реформа се оказва една от слабостите и. Това се отбелязва както в световен мащаб, така и в Източна Европа, а в частност и за нашата страна.⁴⁶

Според проучванията на Т. Веков, М. Mastilica, К. Paschalidis и др. слабата информираност за целите и пътищата на протичащата здравна реформа водят до негативно отражение върху обществената удовлетвореност, като тя е по-изразена при пациентите в сравнение с лекарите. Не рядко и в лечебните заведения се вземат решения за промяна без да се отчита нейното влияние върху потребителите-пациенти.

47

⁴⁶ Димитров Д., Стратегии и мениджмънт на организационната промяна в здравеопазването, 2011

⁴⁷ Пак там

Пак по данни на същите автори неблагоприятна е оценката и за готовността на медицинския персонал за промени. Според Т. Веков 90% от пациентите и 93% от лекарите считат, че промените в здравеопазването в частност и като цяло са недостатъчно подготвени или изобщо неподготвени. Това поражда съмнения в крайната цел и загриженост, че вероятността тези промени да влошат позицията на пациентите е реална. А безпокойството на пациентите води до покачващ се социален дистрес.⁴⁸

Умелото управление на организационната промяна изисква предварителна подготовка на общественото мнение за тази промяна, което от своя страна прави необходим публичния дебат относно характера на промяната.

Наложително е изграждането на специална национална програма за мониторинг и оценка на общественото мнение за промяната в здравеопазването, в рамките на която да се интегрират информационните потоци за общественото мнение на регионално и общинско ниво.

Задължително условие за започването и провеждането на промяна в здравеопазването трябва да бъде осигуряването на подкрепа от общественото мнение. За тази цел е нужен нов тип медийна и комуникационна политика в процеса на промяната в здравеопазването.

Д. Според своето съдържание

Тази класификация дава най-точно характеристика на промените в организацията:

1. Промени в организационната и управленската структура (организационни промени в тесен смисъл).

Това са най-често срещаните промени. Те са широкообхватни. Насочени са към:

- формалната структура;
- целите на организацията;
- стратегията;
- степента на централизация и децентрализация;
- организацията на труда и др.⁴⁹

⁴⁸Пак там

⁴⁹ Хаджиев Кристиан Ст. ас. д-р, Стратегии за организационна промяна в бизнеса. Динамики на модела за организационно съвършенство

2. Технологични промени

Технологиите са основна външна сила, която изисква въвеждането на промяна. В съвременните условия тези промени са наложителни. Те до голяма степен поддържат конкурентоспособността на организацията. Промяната е насочена към прилаганите технологии в сферата на производството, продажбите, управлението, обслужването и др.

3. Промени в персонала (поведенчески промени)

Отношението към хората като към фактор, от който зависи успехът на една организация, налага тези промени. Става въпрос за промени както в кадровата политика на организацията, така също и промени в мотивацията, уменията и приспособяването на хората. Поведенческата промяна може да е насочена към комуникативните, перцептивните, интерактивните умения и др.

1.7. Стратегически здравен мениджмънт

1.7.1. Същност и основни понятия

Независимо какъв тип е промяната тя трябва да се основава на добре обоснована концепция, на ясна визия за целите и приоритетите, които би следвало да намерят конкретен израз в специално изработена стратегия за бъдещата промяна и план за действие към нея. Без подобна стратегия се рискува реформата да бъде подложена на много случайни фактори и да не донесе желаните резултати. С основание В. Борисов счита, че в основата на неуспялата реформа стои липсващ стратегически мениджмънт в концепцията и. Като ключово направление в общата теория и практика на мениджмънта стратегическият мениджмънт придоби особена значимост в процеса на кардиналната здравна реформа в нашата страна.

С термина стратегия първоначално се е означавало изкуство за водене на война по предварително добре обмислен начин (от stratos - армия, ago - вода). По-късно значимостта на този термин се разширява. И сега, към обсъжданата проблематика с него обозначаваме замисъл на ръководството за постигане на определена цел в дългосрочна перспектива.

Стратегията е предназначена за реализиране мисията на организацията, определяне на дългосрочните цели на организацията чрез всеобхватни анализи на

ситуацията. Той търси главно пътища за справяне с неочакваното, а не само за оптимизиране на съществуващото.

Стратегическият мениджмънт е нова философия и стил на управлението на организациите, който преодолява ежедневно оперативното (вътрешно) мислене на ръководителите и притежава някои основни характеристики и компоненти.

➤ Основни характеристики на стратегическия мениджмънт:

- 1) Процес, който включва решения и действия водещи до постигане на главните цели на организацията.
- 2) Изисква анализ на факторите на околната среда, заплахи и възможности по време на реализация на целите.
- 3) Засяга цялата организация чрез производствени възможности, квалификация на персонала, комуникация.
- 4) Включва отношение на организацията към риска.
- 5) Обединява предимствата на организацията с предизвикателствата на околната среда. Това предполага ефективност на използване на ресурсите при променяща се среда.
- 6) Стратегията, която организацията прилага е ключово звено между целта и начините за постигането и.

➤ Компоненти на стратегическия мениджмънт :

- 1) Формулиране на мисията на организацията.
- 2) Определяне на стратегически цели и задачи.
- 3) Определяне на стратегически алтернативи.
- 4) Анализ и избор на стратегия.
- 5) Реализиране на избрана стратегия.
- 6) Оценка и контрол на избраната стратегия.

Стратегическият мениджмънт е насочен към риска и неопределеността с цел да осигури дългосрочна приспособимост на организацията към изменящата се околна среда (политическа, икономическа, културна, социална).

В стратегическият мениджмънт трябва да личи глобално виждане на мениджъра за проблемите, рисковете и целите в перспектива. Ето виждането на Дженерал Електрик пионер в стратегическите управленски техники, който определя стратегията

като състояние, при което предимствата, които ще се получат след използването на ресурсите би следвало да минимизират заплахите за продукцията.

Стратегическият мениджмънт установява проблеми с приоритетна важност за бъдещето и в светлината на системния модел има две принципни различия от оперативния мениджмънт:

- Стратегическият мениджмънт е ориентиран към целта, а на оперативния мениджмънт към процеса (преобразуването на ресурсите в резултати).
- Стратегическият мениджмънт преследва дългосрочни цели, а оперативният мениджмънт преследва краткосрочни и средносрочни цели.

Главните умения на стратегическия мениджър са:

- Глобален дългосрочен поглед върху развитието на организацията;
- Субординация на частните и общите интереси като основа за приемане на адекватни решения;
- Цялостна оценка на външната и вътрешната среда и избор на стратегическа алтернатива.
- Стратегическо планиране;
- Постоянен стратегически стил на мислене.

Главните въпроси, стоящи пред стратегическия мениджър са: **„Защо?”** и **„Накъде?”**.

Някои автори определят стратегическият мениджмънт като макромениджмънт.

Оперативният мениджмънт е фокусиран към процеса на дейността, към организационните методи и технологии. Той е изпълнител на стратегическите решения. Главният въпрос, стоящ пред оперативния мениджър е „Как?”. Някои автори определят оперативния мениджмънт като микромениджмънт. Функциите на стратегическия мениджмънт не могат да се делегират на оперативния мениджмънт и обратно.

Стратегическите решения са отговорност изключително на висшето ниво (политическо) на мениджмънта не може да бъде делегирана на оперативния мениджмънт.

1.7.2. Стратегически план

Стратегическият мениджмънт включва най-важните и съществени избори на една организация – избор на нейната мисия, цел и задачи. Ако целите, задачите и ресурсите

на организацията се фиксират и обвържат във времето взаимно. ако се определят съответните права, задължения, отговорности и срокове на изпълнението, то тогава вече се говори за стратегически план. Стратегическият план отразява интересите на цялата организация, а не на група хора или отделен индивид.

Процесът на стратегическо планиране включва определени етапи (елемента, функции), които оформят стратегически цикъл:

- Ситуационен анализ (мисия и обосноваване на генералната цел).
- Формулиране на стратегията (чрез избор между различни стратегически алтернативи).
- Прилагане на стратегията (управление и контрол на промяната в тесен смисъл).
- Стратегическа оценка (стратегическа ефективност – оценка доколко резултатите от промяната са адекватни на формулираната цел и стратегия).

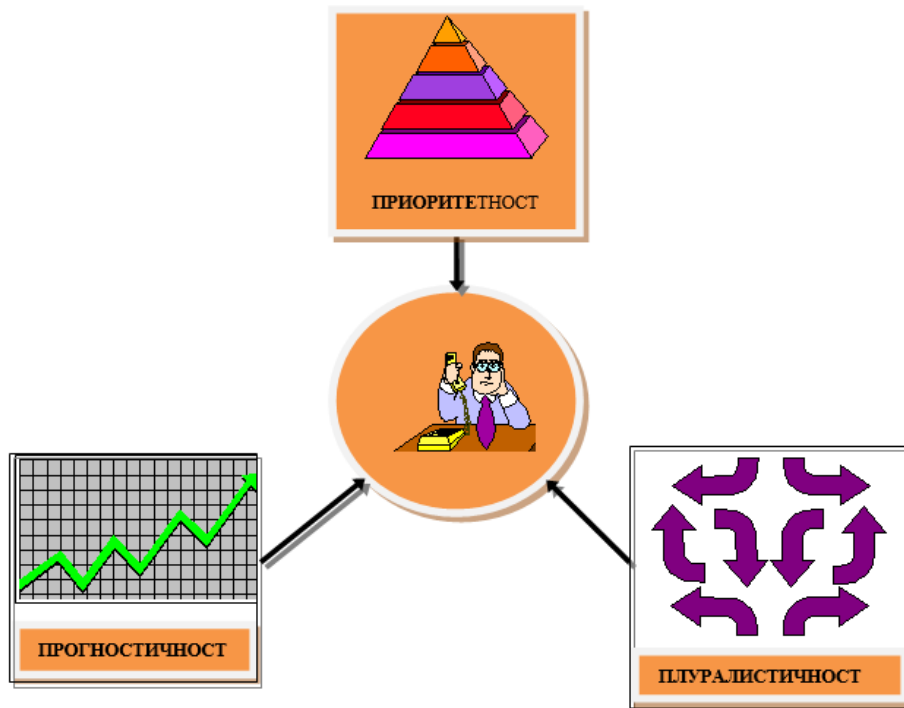
Реализирането на тези етапи показва колко сложна и продължителна може да бъде стратегическата дейност. Пропуските в тази дейност не винаги са очевидни, но ако се проследят стриктно етапите може да се установи, че неуспехите на една организация често са признаци на стратегическа неефективност.⁵⁰

1.7.3. Стратегически стил на мислене

Необходимостта от стратегически стил на мислене и дейност за здравния мениджър е безспорна. Този стил е ориентиран към дългосрочни виждания и решения за ефективно функциониране и управление на всяка здравна организация. Стратегическият мениджмънт служи като ориентир и критерий за оценка на оперативния мениджмънт.

Основните принципи на стратегическия стил на мислене са: приоритетност, прогностичност и плуралистичност (т. нар. триада “Трите П”). Тези принципи са взаимно свързани, като изпълняват фундаментална роля за успеха на стратегическите решения.

⁵⁰ Борисов В., Мениджмънт на организационната промяна



Фигура 8. Основните принципи на стратегическия стил на мислене

Стратегическият мениджмънт е процес с определени етапи (елементи). В литературата този процес често се означава с термина стратегическо планиране.

Стратегическият стил на мислене съчетава в себе си на триада “Трите П”

Липсата на компетентно стратегическо мислене е важна причина за стратегическата неефективност.

Честата проява на стратегическа неефективност изисква периодичният оперативен анализ на всяка една организация задължително да включва и стратегическа анализ с преценка на мисията, целите, външната и вътрешната среда на тази организация, стратегическите алтернативи.

Важността на този въпрос проличава при акредитацията на една болница или медицински център: заедно с медико-икономическата ефективност следва да се оценява стратегическата ефективност.

От гледна точка на стратегическия мениджмънт особено очевидни са слабостите на системата на акредитация в нашето здравеопазване.

Генералната роля на акредитацията е в даден момент да се осмисли и преосмисли мисията, стратегическите алтернативи и реализацията на избраната стратегия на

здравната организация. При оценката на дадена здравна организация се изхожда от принципа, че стратегията определя структурата, а не обратното.

1.7.4. Стратегическо прогнозиране. SWOT-анализ

Дългосрочното виждане в бъдещето е главна характерна черта на стратегическия мениджмънт. Затова дейността на стратегическия мениджър трябва да се основава на надеждни прогнози за бъдещата промяна и развитие на дадена здравна организация – болница, медицински център и т. н.

Методите на прогнозирането са широко изяснени в литературата. Специална внимание при стратегическото прогнозиране се отделя на методичния подход, известен като SWOT-анализ.

Методът SWOT-анализ е ориентиран към анализиране на четири аспекта (критерия) за бъдещото развитие и промяна на дадена здравна организация – болница, ДКЦ и т. н. – сила, слабост, възможност, заплахи. Този управленски подход по същество е една от разновидностите на конкурентния анализ в пазарни условия.

Силата е положително вътрешно условие, което поставя организацията в по-добра позиция спрямо конкурентите. Организационната сила това са компетентности, умения, които водят до високо качество на пазарана услугите, добър имидж, талантиливи мениджъри и др.

Слабост – отрицателно вътрешно условие, което води до влошаване представянето на организацията. Слабост може да е липсата на умения, мениджъри с неадекватни стратегически умения, просрочени сметки, остаряло оборудване, слаб имидж на продукта.

Възможност – това е настоящо или бъдещо условие на околната среда, което води до благоприятна промяна и предимство пред конкуренцията. Това може да е промяна в закони, нови технологии, подобрени отношения с партньори. Възможностите не трябва да се разглеждат поотделно към настоящето, а като дългосрочни ефекти за дейността на организацията.

Заплахата е настоящо и бъдещо условие, което е отрицателно за настоящето или бъдещето на организацията. Това могат да бъдат навлизане на мощен конкурент, спад на пациенти, нови технологии, които правят предлаганите услуги демодне.

SWOT- анализът улеснява мениджърите с логическа информация за оценяване на активи и бъдеща позиция на организацията. Тази оценка може да се използва за определяне на мрежа от алтернативни стратегии, които да са подходящи при алтернативни ситуации. Изборът на стратегия може да се осъществи чрез съставянето на така наречената SWOT матрица.

Таблица 3. SWOT матрица.

Вътрешни фактори Външни фактори	Сили (S) Посочват се 5 до 10 вътрешни сили на организацията	Слабости (W) Посочват се 5 до 10 вътрешни слабости на организацията
	SO стратегии Стратегии, които се използват за получаване на придобивки	WO стратегии Посочват се стратегии, които получават предимства чрез преодоляване на слабостите
Възможности (O) Посочват се 5 до 10 външни възможности	ST стратегии Посочват се стратегии, които използват силите на отбягване на заплахите	WT стратегии Посочват се стратегии, които минимизират слабостите и отбягват заплахите
Заплахи (T) Посочват се 5 до 10 външни заплахи		

SO СТРАТЕГИИ

- Разширение на мрежата за разпространениена продуктите на организацията
- Намиране на партньори за съвместна работа

WO стратегии

- Разширение на присъствието на фирмата чрез повишение на качеството и
- Намаление на разходите за производство

ST СТРАТЕГИИ

- Разширение пазарния дял на най-печелившите дейности
- Обединяване усилията с друга организация за производство на някои услуги
- Разпространение на някои услуги

WT СТРАТЕГИИ

- Закриване на някои отдели и ликвидиране на някои дългове
- Намаление на някои разходи и минимизиране на загубите

1.8. Стратегии за осъществяване на организационната промяна

A. Модели на планова промяна

Различните модели на планова промяна описват етапите (фазите) на процеса на изменение в организацията от началното състояние до достигане на ново състояние, като подхождат различно към същността на промяната.

1. Теория на полето

Тази теория може да се използва за промяна на организации, групи или отделни личности. Създадена е от Курт Левин през 1963 г. Той използва ориентираната към моделите на физиката психология, при която човешкото поведение се анализира в рамките на психологични силови полета. На тази база се стига до извода, че полето се състои от сили, които подтикват към изменения (акселериращи сили), и такива, които възпират измененията (рестрикционни сили). Задължително условие, за да просъществува една организация, е да има равновесие между тези две групи сили. Този модел може да се осъществи по следния начин:

- стимулиране на акселериращите сили;
- отслабване въздействието на рестрикционните сили;
- промяна на посоката на въздействие на силата.

Процесът на промяната протича в следните етапи:

а/ Преодоляване на старото равновесие.

Необходимо е да се създаде готовност за промяна и се осъзнае проблемът.

б/ Движение към ново състояние.

Трябва да се създадат и изучат нови начини на поведение и способности за тяхното регулиране.

в/ Фиксиране на новото равновесие. 51

2. Планов модел

При този модел процесът на изменение се разглежда от “гледната точка на консултанта”. Изхожда се от факта, че организацията се намира в проблемна ситуация, поради което тя търси възможност за подобряване на функционалната си способност или е принудена от външни фактори да извърши промяна. Всъщност това се определя като “Фаза на развитие на нуждата от промяна”.

През втората фаза се осъществява изграждане на функционираща връзка между фирмата (системата на клиента) и консултанта.

Третата фаза е свързана с движение към ново състояние. Тази фаза включва:

- диагностика;
- търсене на възможности за решение на проблемите;
- реализиране на избраното решение.

Следващата фаза е фиксиране (генерализиране и стабилизиране) на новото състояние. Тази фаза още се нарича „Фаза на институционализиране”. Институционализирането може да стане по два начина:

- нормативна поддръжка на промяната;
- структурна поддръжка на промяната.

Нормативната поддръжка предполага членовете на организацията вътрешно да възприемат набелязаните нови цели. Това може да стане чрез активно участие на персонала в процеса на планиране на промяната, като по този начин хората приемат решенията като свои.

Структурната поддръжка на промяната означава, че решението се осъществява чрез реорганизация, например чрез промени в структурата на организацията.

През петата фаза приключва връзката между системата на клиента и консултанта.

3. Модел на изследователската активност

При този модел промяната се разбира като цикличен процес, при който става целенасочено събиране на данни за една система. Чрез обратната връзка и на основание на допълнителни хипотези се предприемат мерки за изменение на отделни системни

⁵¹ Хаджиев Кристиан Ст. ас. д-р, Стратегии за организационна промяна в бизнеса. Динамики на модела за организационно съвършенство

променливи. После чрез допълнително събиране на данни резултатите от тези действия се проверяват и оценяват. Този процес се състои от следните етапи:

- Поставяне на диагноза
- Събиране на данни
- Обратна връзка към системата
- Обработване на данните
- Планиране
- Извършване на конкретни действия. 52



Фигура 9. Фази на модела за планова промяна⁵³

4. Интегративен модел за организационна трансформация

Интегративният модел за организационна трансформация е методика за създаване на трансформация. Организационната трансформация е специфичен вид промяна, която

⁵² Хаджиев Кристиан Ст. ас. д-р, Стратегии за организационна промяна в бизнеса. Динамики на модела за организационно съвършенство

⁵³ Хаджиев Кристиан Ст. ас. д-р, Стратегии за организационна промяна в бизнеса. Динамики на модела за организационно съвършенство

засяга естеството на самите процеси, структура, системи и начините чрез които те се управляват. Тя е в основата на организационното развитие. Чрез нея се решават както проблемите на външната адаптация чрез реструктуриране и стратегическо планиране, така и на вътрешната интеграция – чрез въвеждане на нови ценности в организационната култура. Организационната трансформация е планиран процес, който е насочен към постигане на по-високи нива на организационна ефективност, като паралелно с това се увеличи удовлетвореността и психичното благополучие на нейните членове. Според този модел плановата промяна включва следните фази: вж. фиг. 9

Б. Стратегии на плановата промяна

Стратегията е ръководно начало в дейността на всяка организация. Направлява дейността на организациите за сравнително продължителен период от време. Стратегията е селективна, устойчива във времето и изпреварваща естественото протичане на явленията и процесите в организацията и в средата. Тя е интегриран инструмент за управление, в конкретния случай насочен към постигането на организационната промяна.

ОСНОВНИ СТРАТЕГИИ I

А. Промяна чрез външен натиск

Залегнало е предположението, че фирмата сама не е способна и няма желание да се променя. Затова е необходимо да се окаже силен външен натиск - на синдикати, на държава, политически сили партниращи организации и др. Тези фактори налагат промяната. Прилагането на външния натиск като изолиран подход е знак за пасивност и инертност на управлението на дадена организация, което чака външна инициатива. За да има тя успех, е необходимо да се променят вътрешните силови съотношения, т. е. да се премахнат задържащите сили.

Б. Консултиране на ръководството на организацията

Тя отговаря на модела на класическото консултиране на организацията. Тя се базира на схващането, че само промяна, започната от върха, може да бъде успешна. След констатирането на проблем ръководството ангажира консултант за неговото решаване. Отправни точки на промяната са най-вече организационните структури и технологиите. Много често изменението се извършва на базата на нормативни документи или организационни модели.

В. Организационно развитие

Организационното развитие е насочено към усъвършенстване решенията на проблемите в организацията чрез включване на персонала в различни форми на обучение. Използваните методи са от областта на социалните науки. Обект на промяната са всички звена и сфери на дейност в организацията. Степента на участие на персонала в процеса на промяната е голяма.

Г. Социална промяна

Свързана е с осъществяване на промени в персонала на организацията. Обект на промяна са поведението, мотивацията, системата на труд и др. Посоката на промяната е предварително определена, а персоналот трябва само да се приспособи.

Д. Промяна чрез кадрови размествания

Тази стратегия предполага, че разместването на отделни лица или групи е достатъчно, за да може промяната да се осъществи. Освобождаването на лица от персонала, допуснали грешки или слабости в работата си, премахва бариерите пред развитието. На тяхно място се назначават такива, които биха подпомогнали осъществяването на промяната. 54

ОСНОВНИ СТРАТЕГИИ II

А. Емпирично-рационални стратегии

Промяната, основаваща се на емпирично-рационални стратегии, третира личността като рационално действащо и устремено към рационализиране на собствената си полза същество. Тази стратегия се реализира на базата на предварително събиране на данни и тяхната оценка. По този начин може да се осъществи икономическата реорганизация на фирмата. Слабост на тази стратегия е използването на определен инструментариум и неотчитане влиянието на някои фактори върху промяната.

Б. Нормативно-образователни стратегии

При нормативно-образователните стратегии се изхожда от схващането, че промените са успешни само тогава, когато са заложили в основата на човешката дейност отношения и стойности, т. е. става въпрос за изграждане на фирмена култура. Ако се изхожда от отправната точка да се оценява фирмената култура технократски

⁵⁴ Хаджиев Кристиан Ст. ас. д-р, Стратегии за организационна промяна в бизнеса. Динамики на модела за организационно съвършенство

като нещо, което може да се докосне, то инструментариумът за извършването на една нормативно-образователна стратегия включва следните етапи:

- Формулиране на някаква идеална цел
- Определяне на мениджъра с образцови качества
- Усъвършенстване на персонала
- Провеждане на политика, насочена към подбора на подходящи кадри
- Стимулиране на поведение, насочено към разбирателство
- Оказване на структурна подкрепа

В. Силови и принудителни стратегии

Тези стратегии се основават на разбирането, че промени се извършват преди всичко по волята на силните по отношение на слабите. Провежданите промени могат да бъдат структурни и технологични. Измененията принуждават засегнатите да приспособяват поведението си. Който не се приспособи, се наказва. Двигател на промяната е обикновено мениджъра и ангажираните от него консултанти. 55

ОСНОВНИ СТРАТЕГИИ Ш

Тези стратегии са разработени въз основа на емпирично изследване при използването на различни методи на промяна.

А. Съучастие

Изхожда се от разбирането, че плановата промяна може да има успех само при положение, че при осъществяването ѝ вземат участие всички засегнати. Това е и начин за намаляване на съпротивата срещу промяната.

Б. “Възпламеняване на бомба”

Засегнатите не участват нито при подготовката, нито при провеждането на промяната, а се поставят пред свършен факт. Те трябва да се приспособят към извършените промени. Това е силова стратегия, която понякога може да има терапевтичен ефект при инертни мениджъри и организации.

В. Маркетингова стратегия

Засегнатите отново се изключват при осъществяването на промяната. Ръководството на фирмата обаче се опитва да отчита интересите на сътрудниците си

⁵⁵ Хаджиев Кристиан Ст. ас. д-р, Стратегии за организационна промяна в бизнеса. Динамики на модела за организационно съвършенство

при планирането и реализирането на промяната, така че тя да се приеме позитивно. По този начин се ограничават противоречията. 56

ОСНОВНИ СТРАТЕГИИ IV

Популярни са три вида стратегии за осъществяване на организационна промяна. Те могат да се разграничат като:

- Управление чрез тотално качество (Total Quality Management);
- Намаляване на обема (Downsizing)
- Реинженеринг.

Тези три стратегии и комбинациите от тях, преливането им една в друга са предпоставка за осъществяване на успешна организационна промяна.

A. Управление чрез тотално качество

Управление чрез тотално качество TQM – това е стратегия основана на схващането, че проблемите в 90% са предизвикани от самите процеси, отколкото от хората като човешки фактор. Разработена е през последните 40 години, в САЩ и Япония. Чрез експертните мнения на специалисти се постигат определени въздействия върху служителите, които да подпомогнат по нататъшното сътрудничество и отношения в компанията. Използват се взети наготово решения, което до някъде работи срещу организацията, защото макар и дадени от професионалисти, те се приемат с известна доза скептицизъм и неразбиране от страна на служителите. Стратегията може да се характеризира с три подпроцеса: Хошин-планиране (откриват се проблемите, структурират се, планират се техните решения и се съставя план за изпълнението им); Ежедневно управление (има практическа насоченост, залага се на екипната работа); Многофункционално управление (работа между екипите с цел размиване на границите между структурните нива в организацията).

TQM е система, която комбинира качествения контрол и организационния модел, разработена въз основа на планиране и непрекъснато внедряване на подобренията. Тя представлява логическа еволюция на управлението чрез цели и стратегическото планиране, където качеството на дейността се дефинира от гледната точка на клиента и организационната стратегия се централизира около качеството.

⁵⁶ Хаджиев Кристиан Ст. ас. д-р, Стратегии за организационна промяна в бизнеса. Динамики на модела за организационно съвършенство

Подходът TQM се базира на философията, че качеството следва да бъде проектирано в продукта или процеса и дефектите в тях следва да бъдат предотвратявани на всяка цена. Откриването на дефекти само по себе си е скъп процес. Обикновено се цитира съотношението 1:3:8. Ако имаме единица разход за коригиране на грешки по време на началното проектиране, то коригирането на същите грешки по време на детайлното проектиране ще струва три пъти повече, а на етапа на внедряване - осем пъти повече. Традиционното мислене е, че доближаването на дефектите до нула е твърде скъпо. Когато организацията трябва да работи в съответствие с такива стандарти, производствените разходи изискват съответно увеличение на цената на продукта. Следователно, според традиционния подход, предлагането на пазара на перфектен продукт на минимална цена е логически невъзможно.

А основната цел на тази философия е да се разработят методите и начините за реализиране на “пробиви”. Пробивите представляват фундаментални качествени подобрения, като в процеса на планиране да се включват всички нива на организацията т. е. интегрират се усилията на всички екипи и по същество това е средство за премахване на бариерите между различните структурни единици в организацията и създаване на екипен дух за работа.

Според стратегията за тотално управление на качеството, то трябва да се преследва на всички нива. Отнесени тези ръзсъждения към сферата на здравеопазването стават многолики - качество на структурата, на процесите, на резултатите.

Б. Намаляване на обема

Намаляване на обема – това е силова стратегия, която се обуславя от внезапен и рязък подход, който има за цел да не остави време за реакция. Осъществява се при различни организационни сливания, поглъщания и преразпределения на кадри. Може да се определи с редуциране на персонала на различни организационни нива. Тук не са налице консенсусни решения. Работи се с твърда ръка от високия мениджмънт за постигане на най-доброто за фирмата в конкретния период, дори това да е в ущърб за служителите. Променят се и се препроектират различните процеси, действия и планове. Идеята е да се намали обема на организацията с някаква по-висша цел. Тази цел може да бъде само в полза растежа и развитието на организацията и изпъкването ѝ пред конкуренцията. Редуцирането на кадри може да бъде приложено с презумпция за

повишаване на ефективността в организацията или цялостна промяна в работния процес. Това е необходимо най-вече в кризисни ситуации, когато крутите мерки са задължителни за оцеляването на бизнеса. Разбира се грубите действия пораждаат негодувание сред служителите, което не трябва да се подценява, а дори напротив трябва да му се обърне специално внимание и да се вземат необходимите мерки за неговото довеждане до минимум.

В. Реинженеринг

Реинженеринг – фокусира се върху работната среда и в частност работния процес, като низ от компоненти. Разглежда се важноста на тези компоненти за безпроблемното протичане на процеса. Тръгва се отдолу и се върви нагоре, търсейки се грешното звено. Идеята е да се подобри процеса като се подобрят неговите съставни части, а не само резултатите, до които води. Това предполага дългосрочна стратегия за съществуване. Положителна страна на тази стратегия е това, че всеки служител или отговорник, се включва в процеса на промяната, като така я опознава и разбира нейното значение, обхват и смисъл. Това допринася за липса на съпротива, защото се осъзнават положителните страни на процеса. Налице е проблема с посоката на промяната, която остава неясна, което може да доведе до удължаване на процеса или невъзможност да се постигне желаният ефект.

Ефективността на провежданите организационни промени зависи в голяма степен от правилно избраната стратегия за тяхното провеждане, които на практика се срещат рядко в чиста форма. 57

ОСНОВНИ СТРАТЕГИИ V

А. Директивна стратегия

При избор на директивна стратегия, ръководството решава какво да се направи и въвежда промяната, като в минимална степен включва други служители. При нея почти няма отклонение от първоначалния план. Директивните стратегии често се насочват към промени, които трябва да се проведат бързо и със сигурност изискват както силна лична власт, така и власт, произтичаща от заеманата длъжност. Нужно е да се притежава цялата съществена информация, както и възможността да се преодолее или

⁵⁷ Хаджиев Кристиан Ст. ас. д-р, Стратегии за организационна промяна в бизнеса. Динамики на модела за организационно съвършенство

потисне съпротивата. Често директивните подходи се използват в ситуация на криза - „притиснати до стената”, „единствения изход” и т.н. - като в случай на спад в търсенето или силна конкуренция. При този подход засегнатите просто трябва да се подчинят на промяната.

Б. Стратегия чрез преговаряне

Когато се работи със стратегиите чрез преговаряне, ръководството все пак е инициатор на промяната, но е готово да преговаря с други групи за нейното въвеждане и за отстъпките, които могат да се направят. Стратегиите чрез преговаряне отнемат много по-дълго време, защото се водят преговори с други участващи страни и резултатите могат да се предвидят малко по-трудно, тъй като не могат да се знаят предварително какви ще бъдат направените отстъпки. Тук обаче засегнатите от промените поне имат някакво право на мнение и могат да се почувстват свързани с тях. Преговарянето за промени в трудовата дейност в замяна на увеличаване на заплатите и премиите - наричано често „преговори по производителността” - е пример за този подход.

В. Нормативна стратегия

Когато се използва нормативна стратегия, се отива към нещо повече от съгласие със специфичните промени. Стремешът е да се насочи ангажираността на засегнатите не само към специфичните проблеми, но и към общите цели на организацията. Оттук и подзаглавието „с ум и сърце”, При промяна на качеството на продукцията или услугата например, вместо да се създават нови процедури и дисциплина, целта е служителите да се направят съпричастни на идеята за високото качество и да се стремят към него чрез непрекъснато предлагане на подобрения и участие в проектите по качеството и в кръжоците по качество, както е в много фирми, насочени към прилагане на стратегията за „Тотално качество”. Понякога се привличат консултанти по организационно „поведение”, специалисти по индивидуално и групово поведение, за да се съдейства на процеса на промяната на ценности и нагласи към работа.

Г. Аналитична стратегия

Аналитичните стратегии използват специалисти за изследване на ясно определени проблеми. Често управленските екипи, включващи експерти от главното управление или специалисти консултанти, работят върху специфичен проблем - като промяна на

снабдителната мрежа или разстановка на металообработващ цех. По принцип подходът е строго управленски и в резултат довежда до оптимални отговори, без да се съобразява много с възприемането му от засегнатите.

Д. Насочена стратегия

Стратегиите, насочени към действие, се различават по две неща от аналитичните. Първо, проблемът е по-неясно определен. Второ, включените често образуват група, в която не преобладават началници — участват членове на група, които най-вероятно ще бъдат засегнати от промяната. Групата опитва известен брой подходи и се учи от пробите и грешките.

Фактори, които влияят върху избора на стратегии за промяна: 58

- Видът и обхвата на проблемите и необходимите промени и скоростта и мащаба на промените;
- Особенности на отрасала, в който оперира организацията;
- Размер и възраст на организацията;
- Време, за което е необходимо да се осъществят промените;
- Разполагаеми за целта ресурси;
- Степен на постигане на задачите, целите в организацията;
- Особенности на фирмената култура – инициативност и творческа нагласа
- Особенности на лидерския стил

1.9. Съпротива срещу промяната и методи за преодоляване

*„Ако искаш да построиш кораб,
събуди у хората желанието за морето“*

Екзюпери

Съпротивата на промяната е нейн задължителен елемент, нейно постоянно присъствие. Като етап от систематичния процес и важен елемент за постигането на ефективна организационна промяна, от изключителна важност е отчитането на процента на евентуална съпротива от страна на човешкия капитал с оглед преодоляването му. Безупречното изпълнение на предходните етапи не може да компенсира липсата на далновидност на ръководството при преодоляването на

⁵⁸ Хаджиев Кристиан Ст. ас. д-р, Стратегии за организационна промяна в бизнеса. Динамики на модела за организационно съвършенство

съпротивата. Човешките същества са склонни да се противопоставят на всичко, което виждат като стресиращо. Организационните промени са точно такова нещо. Теоретично съпротивата е неделима част от промяната и липсата и по време на протичане на промяната трябва да смути далновидния мениджър т. к. тя е индикатор за неадекватност на новите цели, за наличието на груб административен натиск или за апатия на хората.

По своята природа промяната е дестабилизация и носи определена доза неизвестност. Понякога обаче някои служители приемат промените като предизвикателство, което внася разнообразие в живота им. В този случай от голямо значение са представата за професионална реализация и удовлетворение, позитивното мислене, амбицията за надграждане на знанията и уменията. Такива хора търсят промените и гледат на тях и като на възможност за кариерно развитие. В повечето случаи, обаче, е налице противопоставяне на промените. Постоянно повтарящите се еднотипни действия, са ни създали усещането за сигурност и спокойствие. Близките ни отношения с хора, които харесваме, само могат да ни повлияят положително на работното място. Чрез различни компоненти, ние успяваме да си създадем комфортна зона, а комфорта се равнява на сигурност. Но когато тази комфортна зона е детонирана от промени в управлението или организационната система е налице и инстинктивното желание за съпротивление на всяка цена. Затова хората се отнасят с предпазливост към промените, съмнявайки се, че те са трудно контролируеми, затова независимо от естеството на промяната, склонността за съпротива срещу новите тенденции е налице и влияе на поведението и работата им в организацията По изречение на L. Mullins, вместо обещаваното им неизвестно “светло бъдеще” много хора предпочитат “дяволът, когото добре познават” и с когото са свикнали да съжителствуват. Затова, независимо от своите вероятни положителни резултати, промяната често е обект на резистентност, на отпор, на съпротива.

Най-честите предпоставки за съпротива срещу промяната са свързани с игнориране потребностите и очакванията на хората, с недостатъчната информираност за природата на промяната и с липсата на заинтересованост от промяната.

Като причини за съпротивата на човешкия фактор срещу организационна промяна в колектива може да посочим следните:

- Различен начин на възприемане на промяната от гледните точки на различни специалности и длъжности- нормите и ценностите на ръководството са в конфликт с тези на работниците и специалистите. В този случай промяната се приема като заплаха за сигурността, доходите, статуса и хората са изпълнени със страх, подозрение и враждебност.
- Промяна в статуквото действа стресогенно на иначе застаряващия персонал в предпензионна възраст, рушат се дългогодишни авторитети. Евентуалното внедряване на нова технология ще отнеме повече време за обучение, ще наруши създаденото спокойствие и удобство.
- Недоверие към екипа, който я провежда поради липса на прозрачност и създадена репутация за непочтеност и манипулативност през изминалите години на управление.
- Противоречиви оценки за промяната, целите /евентуална подготовка за бъдеща приватизация/ и начините на провеждането ѝ;
- Разрушаване на културни традиции и групови взаимоотношения;
- Лични конфликти.
- Липса на мотивация;
- Понякога липса на ресурси. 59

Типове съпротива срещу промяната може да класифицираме по няколко признака:

1. Съобразно равнищата на възникване

A. Според мястото си - външна и вътрешна съпротива.

- Външната съпротива произхожда от околната среда на здравната организация - многообразни икономически, политически, културни, законови, психологически и други фактори. Например, определен тип обществено мнение може да окаже силна съпротива на преориентацията на здравната система към неотложни нови приоритети, каквито са първичните (базови) здравни грижи и промоция на здравето.

- Вътрешната съпротива произхожда от елементите на самата организация - съотношение на формална и неформална структура, квалификация и морал на персонала, тип професионална мотивация, стил на управление. Например, мотивацията сред преобладаващата част от болничните лекари да работят в извънболничната сфера

⁵⁹ Стоянова Даниела, Сп. "БИЗНЕС ПОСОКИ"- По въпроса за подготовката на персонала при организационна промяна, докторант, СА "Д. А. Ценов" – Свищов, катедра "Мениджмънт

в извън работно време (финансови мотиви) може да породи съпротивата им срещу всякакви опити за по-ефективна организация на труда в болницата.

Б. Според носителите си - индивидуална и организирана съпротива.

Индивидуалната съпротива срещу промяната има следните най-чести причини:

- Конфликт на интереси;
- Опасения за загуба на свобода;
- Трудно преодолими навици;
- Възможни икономически загуби и репутация -интересите на организацията и отделните лица не винаги съвпадат. Хората се стремят да постигнат собствените си интереси и смятат, че промяната би им попречила.
- Възможни социални загуби (на социални контакти);
- Сигурност в миналото и настоящето;
- Страх от неизвестното - по отношение на:
 - целите;
 - достоверността на информацията;
 - новите роли;
 - използваните методи за реализация на промяната;
- Неинформираност или частична информираност за смисъла на промяната.

Организираната съпротива е свързана със стремежа на групи от персонала или на цялата организация към равновесие и комфорт. Често колективите предпочитат рутинни дейности, които те са изпълнявали добре, удобно и безпрепятствено. Така например, внедряването на клиничните пътеки може да не се приеме охотно, поради това, че те изискват повече координация с други специалисти, стриктно водене на документацията и т. н.

Организираната съпротива срещу промяната има следните най-чести причини:

- Стремеж за поддържане на колективен стабилитет;
- Съществуваща комфортна атмосфера;
- Промяната нарушава вече изградени навици, чувство за удобство, отклонение от възприети вече норми на поведение, а това води до нарушаване на равновесно положение и стремеж към установяване на ново равновесие.
- Инвестирани до момента ресурси;

- Нужда от нови инвестиции след промяната;
- Ригиден бюрократичен стил на управление;
- Опасения за намаляване властта или силата на влияние на определени групи в организацията;
- Възможно отношение на синдикатите (защита на сегашни интереси и удобства на синдикалните членове и др.).
- Липса на доверие между инициатора на промяната и персонала на организацията води до неразбиране в смисъла на промяната и вяра в позитивния и изход за самите индивиди.

2. Съобразно спектъра на човешкото поведение.

- липса на съпротива срещу промените;
- безразличие към промените;
- пасивна съпротива;
- активна съпротива.

Таблица 4. Реакции и поведение при различните причина за съпротива⁶⁰

Причини за съпротива	Тип реакции и поведение
Неинформираност	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Активно търсене на информация. ➤ Висока податливост на слухове. ➤ Нарастващо безпокойство. ➤ Засилване на неформалните комуникации. ➤ Пасивна съпротива. ➤ Нарастване на напрежението и поява на конфликти
Тесен личен интерес	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Привличане н съмишленици за отричане на новите идеи. ➤ Активна открита съпротива и бойкотиране на промяната.
Ниска поносимост към промените	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Затваряне в себе си. ➤ Сnižаване и прикрито мъморене.

⁶⁰<http://basaga.org/wiki/index.php?title=%D0%A4%D0%B0%D0%B9%D0%BB:Fig2.jpg> посетен 10. 5. 2018г.

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Отлагане на задачите, съдържаност, апатичност. ➤ Прехвърляне на отговорността върху другите.
Различна оценка на ситуацията	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Открито неразбирателство и търсене на възможност за дискутиране. ➤ Недоверие ➤ Пасивна съпротива или опити за привличане на външни институции.
Грижа за компетентността и репутацията	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Търсене на повече информация за последствията от промяната. ➤ Очакване на гаранции за личното развитие. ➤ Поведение, насочено към обясняване как нещата няма да се случат.

Затова е необходимо още при започване на дадена промяна да се знаят причините, които биха довели до съпротива, и методите за преодоляване на съпротивата.

Според проф. Котър възможни няколко доводи за противопоставяне от страна на персонала към промяната, на които той дава и възможните отговори.

1.) "Нашата организация е успешна години наред, защо да се променяме?!" Ние никога не сме правили това в миналото и нещата винаги са работели добре.

Отговор: Вярно, но със сигурност имахме възможност да видим, че всички които не успяват да се адаптират към променящите се условия, в крайна сметка изчезват.

2.) "А проблема с парите?"

Отговор: Парите са рядко това, което е истинския проблем за организациите.

3.) "Вие преувеличавате проблема. " Това е малък проблем за нас и това не е проблем на всички.

Отговор: За хората, чийто е този проблем той със сигурност не е маловажен.

4.) "Но така изоставяме нашите ценности!"

Отговор: Този план е от съществено значение за поддържане на традиционните ценности.

5.) "Никой друг не прави това!" Ако това е толкова добра идея, защо не го е било направено вече?

Отговор: Имаме уникална възможност.

6.) "Опитахме се преди – това не работи. "

Отговор: Това беше тогава. Условия неизменно се променят и това, което ние предлагаме най-вероятно не е точно това, което е преди.

7.) Добра идея, но е най-неподходящото време.

Отговор: Най-доброто време е почти винаги, когато има хора, които приемат идеята и се ангажират да накарат промяната да се случи.

8.) "Това е твърде много работа. " Това изглежда твърде трудно!

Отговор: Всяка действително добра нова идея, неминуемо се свързва с възникване на определени пречки.

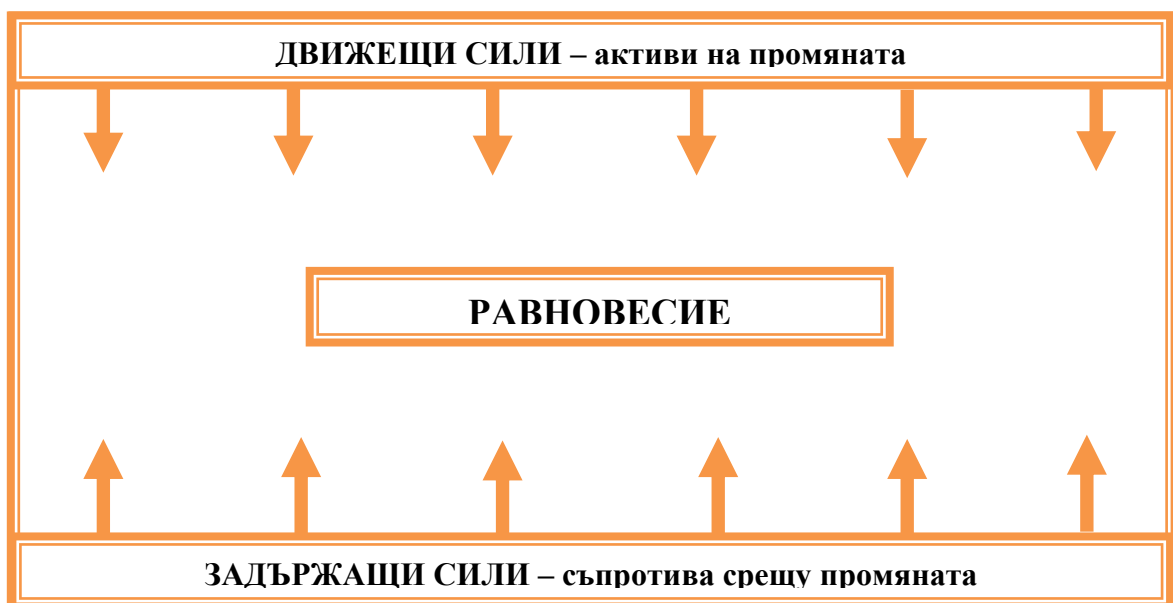
9.) "Ние не можем да си позволим това финансово. "

Отговор: Всъщност, най-важните промени са постигнати без нови източници на пари.

10.) "Никога няма да убедим достатъчно хора. " Никога няма да бъде възможно да се получи единодушното съгласие на всички с този план.

Отговор: Вие сте абсолютно прави. Това е почти невъзможно, но не и задължително.

Всички гореупоменати доводи биха могли да се обединят в няколко основни такива.



Фигура 10. Анализ на полето на силите по Курт Левин 61

⁶¹<http://basaga.org/wiki/index.php?title=%D0%A4%D0%B0%D0%B9%D0%BB:Fig2.jpg> посетен 10. 5.

3. Съпротива съобразно предмета на насоченост:

- Съпротива към съдържанието на промяната – например към определена промяна в използвана технология или нова система за възнаграждение
- Съпротива към процеса на промяната. Това се отнася до начина, по който промяната се представя на хората или начина, по който се действа, отколкото към самата промяна.

Пример – мениджърите решават да променят някоя длъжност, без преди това да са потърсили мнението на ангажираните с това служители.

Мениджърите трябва да осъзнават важността и силата на съпротивата, за да могат да реагират адекватно при установяване на такава.

В. Симптоми на съпротива срещу промените

1. Вербални

- Активна форма (контра аргументи, заплахи, упреци);
- Пасивни форма (мълчание, несериозно отношение, омаловажаване на промените и др.);

2. Невербални

- Активна форма (безпокойство, напрежение, слухове и др.);
 - Пасивни форма (липса на внимание, увеличаване на отсъствието по болест и др.);

Г. Етапи на съпротива срещу промените

- **Пасивност** – запознати са с новите планове, но реакцията им е съдържана;
- **Отрицание** – проява на скептицизъм, тъй като спрямо тях планът за промяна е необусловен;
- **Злоба** – негативното отношение се засилва. Хората застават в сянка;
- **Преговори** – опитват се да постигнат компромис чрез преговори като се съгласяват на минимални промени;
- **Криза** – планът се реализира, но води до и до депресия на лицата, които не приемат промяната;
 - **Приемане** – промените вече са елемент на работния процес.

Д. Видове съпротива

1. Техническа (съпротива на системата "не мога") – причини:

- Недостиг на ресурси;
- Неподходящи инвестиции;
- Конфликт между стратегически и тактически цели;
- Липса на компетентност за осъществените проекти (неадекватна информация и пасивна система);

2. Политическа и психологическа ("не желая") – причини:

- Страх от загуба на власт;
- Страх от съвместна работа с неподходящи лице;
- Страх от отрицателна оценка;
- Страх от поемане на риск;
- Страх от новия ред и от невъзможността да се овладеят новите знания и умения;

3. Поради особеност на културата:

- Стратегическо късогледство;
- Липсваща иновативна култура;
- Противоречие с досегашните норми и ценности;
- Запазване на стари митове и носталгия към миналото

Е. Форми на проява на съпротивата

Самата съпротива от своя страна може да има много различни форми и прояви – от интелигентно, тънко и невидимо подкопаване на промяната или блокиране на информация до активни действия-стачки.

Например:

- Оплаквания от заплащането.
- Отсъствия от работа и напускане на компанията.
- Ниска ефективност, слаби постижения в работата.
- Съзнателно ограничаване на производството и пречатстване подобряването на резултатите.
- Подчертана агресивност срещу мениджърите и компанията.
- Дискредитиране на агента на промяната.
- Изтъкване на неоснователни доводи за неизпълнение на задачите.

- Нелоялност към организацията.
- Търсене на начини за външно въздействие върху агента на промяната.
- Манипулиране на персонала.
- Отказ от приемане на новото.
- Изказване на негативни становища.
- Открито опониране, отказ да се изпълняват задълженията.
- Поява на неформален лидер, контраагент на промяната.

Ж. Стратегии и методи за преодоляване на съпротивата срещу промяната

Съпротивата за промяна трябва да се приема като нормална човешка реакция. Тя може да се разглежда като инстинктивна реакция за запазване на условията към които хората в организацията вече са се адаптирали, които са им познати и вече им носят (поне в някаква степен) професионално и лично удовлетворение. Затова противопоставянето на промените е (почти) винаги първата реакция на персонала в организацията при заявено намерение на мениджърите за извършване на каквито и да са промени. Ръководството на фирмите и организациите трябва да направят необходимото с цел да минимизират съпротивата.

ВИДОВЕ СТРАТЕГИИ ЗА ПРЕОДОЛЯВАНЕ НА ПРОМЯНАТА

Както стана ясно, съществува голяма вероятност организациите, независимо от размера, дейността и състава си, да се сблъскат с различни бариери пред промяната: логически, психологически, социални.

Ръководителите прибягват до различни стратегии за преодоляване на съпротивата срещу промените, които най-общо могат да се разделят на:

- а/ технократическн;
- б/ хуманистични.

При едните се прави опит съпротивата да се "пречупи" главно чрез силови и принудителни методи, а при другите се разчита преди всичко на социални инструменти, методи и технологии. ⁶² Понякога превъзможването на противопоставянето може да се реализира и чрез комбинация от следните известни стратегии:

⁶² Стоянова Даниела, Сп. "БИЗНЕС ПОСОКИ"- По въпроса за подготовката на персонала при организационна промяна, докторант, СА "Д. А. Ценов" – Свищов, катедра "Мениджмънт

1. Стратегия на добрите приятелски отношения. Тя разчита на развитие на междуличностните отношения чрез дейности, непряко свързани с работата- семинари, мероприятия с откъсване от работата и др., използвани за обявяване и обсъждане на необходимите промени и начините за постигането им. Изслушват се всички, на всички нива, като равни, а противоречащите си мнения се изразяват свободно. В центъра на тази стратегия е личната преданост към идеите и враждебното отношение към конфликтите. Рисковете тук са в това, че процесът на промяна може да бъде затруднен, да не се отчетат съществени аспекти на работата, да се загуби време. Неуспешния ход на процеса вероятно би довел до напускане на организацията от много от приятелите ѝ.

2. Политическа стратегия. Прицелът тук е структурата на властта. Разчита се на опитите да се повлияе на формалните и неформални лидери. Подходът цели по пътя на ласкателството, спора и компромиса, ползващите се с най-голямо уважение и имащи най-много последователи да се убедят в необходимостта от промяна. Тази стратегия до известна степен разчита на фалш и неискреност и може да има дестабилизиращо влияние върху организацията.

3. Икономическа стратегия. Циничният чист икономист винаги е изповядвал убеждението, че парите са най-добрият стимул. Ето защо според тази гледна точка този, който контролира организационния бюджет, притежава силата да купув или променя всичко, особено при твърдата убеденост, че всеки си има някаква цена. Този подход изхожда от допускането, че в действията си хората следват непоклатима рационалност. Практиката на „купуване“ на хора струва скъпо и, ако въобще свърши работа, резултатите от нея са нетрайни. Излишно е да се повтаря, че подобна стратегия не взема предвид сложността на човешката личност.

4. Академична стратегия. Този подход изхожда от допускането, че предоставянето на достатъчно информация и достоверни факти на хората ще доведе до приемане на необходимостта от промяна. Академичният стратег би следвало да ползва доклади и научни трудове от широк кръг специалисти в подкрепа на своите възгледи за промяна, а за целта се нуждае и от значителни аналитични способности, и от много време.

5. Инженерна стратегия. Тя възприема технократския подход, според който промяната на физическата природа на работата неминуемо ще накара и хората, които я изпълняват, да се променят. Това предположение е доста наивно, още повече като се

отчете по принцип мощното влияние на корпоративната култура. Положителният момент тук е, че структурният анализ на проблемите обикно и води до по-задълбочено разбиране на влиянието на средата, което от своя страна е полезно в нестабилни ситуации. Повечето хора не желаят да се отнасят към тях като към машини и затова не предпочитат този вид стратегия. Подобни промени могат да разбият един щастлив и ефективно работещ екип.

6. Военна стратегия. Тази стратегия разчита на подхода на „бруталната сила“ и „невежеството“ за промяна на дадена ситуация. В центъра ѝ е умението да се използват подходящите оръжия в битката. Изискват се физическа сила и издръжливост и следващите плана се възнаграждат. Ефективността на тази стратегия е съмнителна. Тя държи в напрежение извършващият промените, тъй като наложените отгоре изменения проявяват тенденция към модифициране и изчезване. Силата води до употреба на сила и ескалация на неудовлетвореността.

7. Конфронтационна стратегия. Тя е стратегия с висока степен на риск, тъй като се основава на предположението, че ако успеете да възбудите интереса на хората към проблема и след това да ги мобилизирате за решаването му, те ще се променят. Много зависи от способността на стратега да защитава позицията си и да събужда „хъс“, без да поражда напрежение. Този подход насърчава хората да се изправят с лице към проблем, който по принцип нямат желание да признаят. Неприятното тук е, ако започне да се отделя прекалено много внимание на самия проблем, а не на неговото разрешаване. Освен това конфликтите и „хъсът“ могат да поляризират мненията и да породят силни междуличностни напрежения.

Методи за справяне със съпротивата:

Дж. Котер и Л. Шлезингер предлагат следните основни метода или техники за преодоляване на съпротивата. Всеки от методите има както предимства, така и недостатъци и е подходящ при определени обстоятелства.

1. Обучение и комуникация е често прилаган метод, преди промяната да бъде осъществена. Въвеждането в смисъла на съдържанието на промяната, както и информираността на повече хора за нея, може да улесни в значителна степен промяната т. к. се разбира логиката и се осъзнава необходимостта от промяна. Има значение също за повишаване на организационната култура на променящата се организация.

2. Участието и включеността са друга техника, според която хората ще поддържат промяната, ако участват в нейното планиране и внедряване. Това на практика означава ангажимент по време на процесите от всеки – от управителя на организацията до последния чиновник с оглед успешния резултат. Подходящо по отношение на по-лабилни и уязвими членове на персонала. Фасилитацията / улесняването / и подкрепата включват тренинги и консултации, но не дават гаранция, че съпротивата ще бъде преодоляна

3. Преговори и съгласие - когато съпротивата например е породена от нещо, което хората възприемат като загуба, може да се преговаря по повод на стимулите и възнагражденията. Ръководителят може да определи пунктове, по които да се водят дискусии и анализи, за да се преговаря и да се постигне съгласие. Но постигането на такова съгласие крие опасност – това може да стане вътрешно убеждение и очакване, че по подобен начин може се процедира и в бъдеще.

Този подход може да е полезен, ако съпротивляващите се притежават значимото влияние в организацията, но да се прилага винаги при планирана промяна, не винаги е практично.

4. Манипулиране и кооптиране – метод, чрез който се спестява информация, избирателно се използва информация или съзнателно се подреждат събития и се противопоставят личности. Предоставянето на невярна информация и противопоставянето на хора от организацията са примери за манипулация. Кооптирането на една личност предполага „купуване” на неформален лидер посредством лични възнаграждения или повишения, предоставянето му на водеща роля в планирането или провеждането на промяна. Чрез този метод съпротивата се преодолява, но се оспорва от етична гледна точка, т. к. води до разрушаване на доверието, както към ръководителя, така и между членовете на персонала и неминуемо води до проблеми в бъдеще.

5. Категорична и косвена принуда - ръководителят принуждава засегнатите служители да се примирят със загуба на работа или намалена възможност за издигане в работата, или загуба на привилегии. Действа се авторитарно, постига се бърз резултат – смазва се съпротивата и силово се налагат промените. Принудителната тактика трябва да се използва само в краен случай, и то за кратко време, за бърза и витална за

организацията промяна, защото би се отразило негативно в процеса на работа и в дълговременен план не осигурява ангажираност към промяната.

Таблица 5. Сравнителна характеристика на методи за преодоляване на съпротивата срещу промените. 63

	Метод	Приложимост	Ефект	Недостатъци
1	Информирание, обучение, комуникиране	При недостатъчна информираност	Ако хората се убедят, те помагат за промяната	Отнема време и ангажира много хора.
2	Преговори	Когато само отделни групи или личности се противопоставят	Сравнително лесен начин да се избегне противопоставянето на промените	Договарянето само с отделни групи или личности може да доведе до бъдещи
3	Спечелване на подкрепа и участие на подчинените	В случаите, когато подчинените притежават както потенциални възможности за съпротива, така също и такива за даване на идеи и изразяване на мнение.	Промените се приемат и хората се увличат при тяхното осъществяване.	Отнема време и промените се извършват бавно

⁶³ <http://basaga.org/wiki/index.php?title=%D0%A4%D0%B0%D0%B9%D0%BB:Fig2.jpg> посетен 20. 07. 2017г.

4	Подпомагане и поддържане	Когато съпротивата се дължи на лични опасения и проблеми	Поддръжниците на промяната помагат на хората да решат личните си проблеми, които с време други методи не биха могли да се решат	Отнема много време
5	Принуда	Когато са необходими бързи действия	Бързо преодоляване на съпротивата и извършване на промяната	Предизвиква недоволство и може да доведе до нарастване на съпротивата в бъдеще

Преодоляването на съпротивата и създаването на готовност за промяна е една от основните предпоставки за успешно ѝ провеждане. Голяма част от опитите за Организационна промяна са неуспешни именно поради факта, че промяната се започва, без да са отчетени всички сили на средата и преди да е създадена подходяща готовност и ангажираност към нейното осъществяване.

1.10. Стил на управление на промяната

Един от най-важните моменти, свързани с успеха на промяната, е начинът, по който ръководителят я осъществява, т. е. неговия стил. Стилът на управление предопределя успеха на всички етапи, влияе на съпротивата в организацията и посочва начина за справяне с тази съпротива.

Видовете стилове на управление са три:

Едностранна власт. При този стил на управление, промяната се осъществява, като се използва властта, произтичаща от положението в йерархията. Възможни са три конкретни техники за промяна:

- еднопосочно, чрез декрети, недопускащо обсъждане, обявяване на решението от страна на ръководството и спускането му на ниво изпълнение.

- чрез заместване на хората, имащи ключови позиции от гледна точка на промяната, с нови, които се предполага, че притежават необходимите качества, за да я осъществят и най-важното – подкрепят промяната.
- чрез реструктуриране, което е свързано с промяна в организацията на работата.

Споделена власт. Това е стил на управление, при който правомощията все още съществуват, но освен това има и взаимодействие и разпределение на властта. Промяната може да се осъществи по два начина:

- чрез групово избиране на решенията. Ръководителят предварително формулира няколко възможни алтернативи, а в последствие групата решава коя алтернатива е най-добра.
- чрез групово решаване на проблемите. В този случай целият процес – от диагностициране на проблема, до изготвяне на стратегия за неговото решаване, се осъществява в рамките на групата.

Делегирана власт. Това е стил на управление, чрез който почти цялата власт е разпределена (делегирана) сред оперативните ръководители. Използват се два метода за осъществяване на промяната.

- чрез обсъждане на факти и информация. Този метод предполага диалог между персонала и ръководството, споделяне на факти и информация, която да стимулира хората сами да предложат промени в организацията.
- чрез трениране на чувствителността. Идеята е да се повлияе на взаимоотношенията между хората, като предпоставка за подобряване качеството на работа и по-лесно понасяне на възникнали промени.

Стилът на споделената и делегираната власт са основни елементи на инструментариума на трансформационното лидерство, което започва да се прилага в Америка и в Европа в края на 80-те и 90-те години на 20 век. По наше мнение то е най-адекватния начин за подготовка и управление на промяната, а за сферата на нематериалното производство, каквато е и здравеопазването, то няма други по-успешни алтернативи. Основните аргументи за това твърдение са самите принципи и подходи на трансформационното лидерство, включващи:

- активна подготовка на средата за промяна;

- участие и ангажираност на всеки един участник в процеса при вземане на решения и носене на отговорността за резултатите от тях;
- приложение на така нареченото “спиритуално/духовно управление”, при което всеки участник в процеса може да погледне ситуацията от страни или така нареченото “поглед от хеликоптер” и да прецени своето място и роля в нея.
- диалог и непрекъсната обмяна на информация между различните нива и екипи вътре в организацията и външните заинтересовани страни и институции;
- осигуряване на условия за пълно разгръщане на творческия и човешкия потенциал на хората, така че организацията да заработи като организъм;
- непрекъснато контролиране на устойчивостта на резултатите от промяната;
- промяна в поведението на хората в организацията и в обществото като цяло.

1.11. Бенчмаркингови практики при осъществяване на промяната.

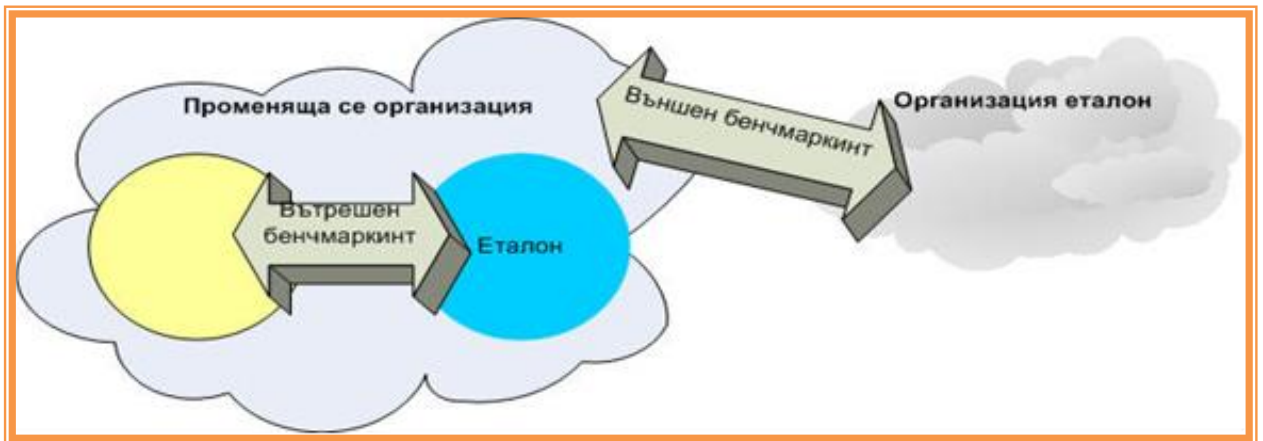
Стратегията за тотално управление на качеството навлязла в бизнеса и в частност в медицината съвсем закономерно наложи бенчмаркинга като инструмент и възможност за повишаване на конкурентноспособността на съвременната организация и стимулиране на промените в нея.

Характеристика на бенчмаркинга като управленска практика

С термина "бенчмаркинг" се обозначава един от инструментите за усъвършенстване на дейността. Названието на метода произхожда от английските думи "bench" (ниво, височина) и "mark" (маркер) и следва да се разбира като "опорен маркер", "еталонно сравнение" и т. н. 64

Бенчмаркинг = търсене на нови идеи + адаптацията им + прилагането им.

⁶⁴ <http://tuj.asenevtsi.com/EFQM/EFQM26.htm>



Фигура 11. Същност на бенчмаркинга⁶⁵

Той представлява непрекъснат системен процес, който има за цел да установи и анализира съществуващите най-добри чужди практики в определена област, които след адаптация бъдат внедрени в организацията реципиент. Това е и една от многото управленски практики, насочени към подобряване на производителността и продуктивността на организациите в сравнение с техните конкуренти. Според Бийдъл и Сиърстон бенчмаркингът е техника или инструмент за подобряване на производителността чрез стремеж към достигане на най-добрите в дадения сектор. В частните организации основната цел на бенчмаркинга е идентифициране и впоследствие взаимстване на конкурентни предимства.

Бенчмаркингът е също и технология за осигуряване на качеството и на добро маркетингово планиране. Не съществува единна дефиниция за бенчмаркинг поради факта, че самият подход се прилага в различна степен на широта – от прилагане в управлението до тясното използване на статистически методи за подобряване на качеството на стоки или услуги. Така бенчмаркингът се определя като една от многото управленски практики, насочени към подобряване на производителността и продуктивността на организациите в сравнение с техните конкуренти.

Видове бенчмаркинг.

Една от най-известните класификации на бенчмаркинга принадлежи на Камп. Според нея бенчмаркингът може да бъде:

⁶⁵ <http://tuj.asenevtsi.com/EFQM/EFQM26.htm> посетен 10. 01. 2018

- **вътрешен** - осъществява се в рамките на една организация – например измерване и съпоставяне на дейността на две отделения. Предимствата са, че се осъществява лесно и с минимални ресурси. Основният недостатък на вътрешния бенчмаркинг, че изключва сравнение с други организации, които могат да бъдат лидери в съответната област.
- **конкурентен** - В частния сектор конкурентният бенчмаркинг представлява сравнение на анализираната организация с най-добрите такива сред конкурентите. При успешно осъществяване този бенчмаркинг предоставя информация за състоянието на референтната(ите) организация(и), преди всичко по отношение на онези характеристики, които осигуряват конкурентни предимства. Често срещан проблем пред конкурентния бенчмаркинг е трудният достъп до информацията, която в повечето случаи е предмет на търговска тайна. В сферата на здравеопазването конкурентният бенчмаркинг може да се извършва на всяка една плоскост – в извънболничния сектор, в болничния, в здравната администрация, в здравно-осигурителната сфера и т. н. В областта на болничните здравни услуги конкурентният бенчмаркинг на практика означава директна съпоставка между две (или повече) лечебни заведения, съответно техни еднотипни отделения.
 - **функционален/генеричен** - Функционалният бенчмаркинг се фокусира върху отделен процес в рамките на една организация. При по-обхватния вариант на генеричен бенчмаркинг се изследва цялостното състояние на процесите в организацията. За разлика от другите два вида тук се използват повече качествени показатели, които да покажат различията в двете сравнявани организации. 66

Предимства на бенчмаркинга

Чрез подхода на бенчмаркинг организациите, в това число и лечебните заведения, могат да си поставят ясни цели за постигане, базирани на информацията за добрите и лошите страни, установени в или извън организацията. Така например, ако даден хирургичен метод, практикуван от конкурентно лечебно заведение се оцени чрез

⁶⁶ <http://tuj.asenevtsi.com/EFQM/EFQM26.htm>

съпоставка като по-ефикасен и/или по-ефективен и/или по-евтин от използвания в организацията, той може да бъде въведен след съответната специализация на хирургичния екип. 67

Фази на бенчмаркинга – има определена последователност в действията по неговото практическо реализиране.

1) Определяне на обекта (обектите) на бенчмаркинга

- Начинът на управление на поведението на факторите от външната среда;
- Начинът на управление на поведението на факторите от вътрешната среда;
- Осъществяването на процеса на управление:
- Стратегии за управление;
- Управленски функции;
- Прозрачност на управлението;
- Управленски подходи;
- Други характерни особености на управленския процес.
- Отделни продукти
- Отделни функционални области
 - производство - технологичен процес, продължителност на производствения цикъл, типът на производство, видовете процеси, формата на организация и др.;
 - маркетинг;
 - човешки ресурси – привличане, подбор, назначаване, оценяване, мотивиране, развитие и усъвършенстване на персонала;
 - логистика;
 - връзки с обществеността и др.

2) Постигане на съгласие за това какво и от кого да се сравнява, анализира, адаптира и внедрява. 68

На този етап трябва да се вземе съгласувано решение за това какво ще се подобрява, което да бъде в максимална степен широко подкрепено. Екипът, който ще осъществява бенчмаркинга като численост, експертност и изпълнявани роли трябва да

⁶⁷ <http://tuj.asenevtsi.com/EFQM/EFQM26.htm>

⁶⁸ <http://tuj.asenevtsi.com/EFQM/EFQM26.htm>

отговаря на целите на изследването. Практиката показва, че в повечето случаи съставът на бенчмаркинг-екипите се състои от 5-6 члена. Дейността му се свежда до 3 пункта.

- Идентифициране на ключовите нужди на потребителя, статуса му, избор на процеси и дейности.
 - Изготвяне проект за бенчмаркинг на базата на резултатите от оценка на нуждите.
 - Предприемане на необходимите действия за осъществяване на промените, идентифицирани от екипа за бенчмаркинг като ключови за постигане на подобрене и да помогне при идентифицирането на нови въпроси по отношение на потребителите, за да се установи една схема на постоянни промени в линията на управление.
- 3) Откриване на организации (обекти) еталони. Изборът трябва да бъде в съответствие със специфичните особености на това, което ще се подобрява и да позволява след извършването на проучването да бъдат внедрени добрите практики.. През този етап е необходимо да се установят градивни взаимоотношения между бенчмаркинг-екипа и представителите на участващите организации-еталони.

4) Събиране на информация

Необходимата информация може да се получи посредством съществуващи информационни масиви, в други случаи се налага използване на предварително разработена система за събиране на информация, например чрез анкетиране.

- 5) Анализ и оценка на информацията
- 6) Адаптиране и внедряване
- 7) Мониторинг на резултатите

Мониторингът следва да се осъществява от гледна точка на съотношението разходирезултати. Нещо повече. Извършените изменения не бива да нарушават организационното равновесие. Необходимо е внедрените добри практики да съдействат за постигане на организационна устойчивост.

Проблеми на бенчмаркинга Може би един от най-сериозните проблеми в осъществяването на бенчмаркинга опира до липсата на обективна и достоверна информация. Ако например желаем да съпоставим едно отделение от анализираната в

този труд болница с друго отделение на конкурентна болница, трябва на първо място да уеднакви базата за сравнение по отношение на:

- Вид и обем на извършваните дейности
- Човешки ресурси, които осъществяват тези дейности, съответно стаж, придобита специалност, хабилитации и пр.
- Технически ресурси
- Показатели за дейността
- Финансови показатели
- Показатели за качеството – включително съвпадение на първоначална с окончателна диагноза
- Еднакъв период от време, през който извършваме съпоставката и т.н. 69

Едва след това можем да направим изводи, доколко е ефективно нашето отделение спрямо конкурентното, съответно ако съпоставката не е в наша полза, да анализираме причините за това. В много случаи обаче посочените параметри не могат да бъдат съпоставени напълно – човешките ресурси могат да бъдат много различни, ако например едното отделение е част от болница, асоциирана към медицински университет и съответно осъществява академична дейност. Техническите ресурси също могат да бъдат напълно несравними, ако например едното лечебно заведение е частно и има по-големи финансови възможности. Все пак липсата на стопроцентова съпоставимост не е пречка за извършване на бенчмаркинг, стига още в началото да се адресират обективните разлики. По подобен начин трябва да се подходи и при бенчмаркинг между две цялостно разглеждани лечебни заведения, където съпоставката е доста по-комплексна.

Други проблеми пред бенчмаркинга могат да бъдат осигуряване на подкрепата на ръководството, трудностите при осъществяване на промените на идентифицираните проблемни зони и т. н.

Бенчмаркингът почива на ретроспективна оценка, но е проспективен по своята същност.

⁶⁹ <http://tuj.asenevtsi.com/EFQM/EFQM26.htm>

1.12. Ролята на Балансираната система от показатели - BSC за ефективното управление на съвременните лечебни заведения

*Сами по себе си идеите са ценни, но всяка идея,
в края на краищата е само идея.*

Задачата е тя да се реализира практически.

Ли Якокка «Кариера на мениджъра», 1984

Управлението на съвременно лечебно заведение в днешно време е сложно, а по време на организационна промяна се изисква едновременното проследяване и изследване на фактори, показатели и следствия – както във вътрешната, така и във външната му среда. Изисква се използването на методи и техники, базирани на доказателства, факти и реални данни. Изисква се научен подход при вземането на управленските решения, тъй като неговата липса излиза много скъпо на всички – на ръководните екипи, на пациенти, на данъкоплатци и политици.

Практиката като че ли все по-често ни навежда на мисълта, че ефективно управление на лечебно заведение може да се постигне чрез използване на адаптирана към лечебните заведения Балансирана система от показатели - BSC с последващ диагностичен анализ, изготвяне на диагностични карти, като крайният резултат от положеният труд се обобщи в сертифициран програмен продукт. Подобен продукт би могъл да бъде полезен не само на едно лечебно заведение, но и на системата здравеопазване като цяло. Изготвянето на системата от тези показатели биха могли да дадат ориентация и отговор на важни въпроси, свързани с измерването на всеки аспект от дейността, който не може да се измери, но би могъл да се използва в създаване на стойност и да се обвърже със стратегическия план на лечебното заведение. Разсъжденията са породени от високата степен на несигурност, характерна за управлението на лечебните заведения и сферата на здравеопазване, и от ситуацията на ограничение на всички ресурси в системата и държавата. За положителния резултат и в сектора здравеопазване, и в отделната организация е необходимо използването на съвременно “оръжие”, а именно – инструмент, чрез който да се измерват постигнати резултати, да се намират възможностите за успех и да се елиминират причините за загуба и провал.

В литературата все още малко е писано по въпроса за системата от балансирани показатели, като управленски инструмент в областта на здравеопазването и

управлението на лечебните заведения, но тъй като тя се оказва един много подходящ инструмент за решаване на казуса с ефективността във всичките и разновидности, считам, че би било много подходящо внедряването ѝ като иновативен инструмент за управление на „КОЦ-В. Търново“- ЕООД, с цел преодоляване на хаоса и предотвратяване на последващите загуби и евентуална декапитализацията на дружеството.

Балансирана система от показатели - BSC се появява в края на 80-те и началото на 90-те години на XX век, както като по-висш етап от теория на управлението, така и като инструмент за управление на динамично развиващи се компании. Създателите и - Робърт Каплан и Дейвид Нортън я определят като ”инструмент, позволяващ трансформиране на мисията и стратегията на организацията в изчерпателен набор от показатели за дейността, и като такива служат за основа на системите за стратегическо управление и контрол”⁷⁰. Те достигат до идеята, че финансовите показатели, разглеждани изолирано не са достатъчни за осигуряването на икономическия ръст на организацията и е необходим балансиран подход, който те развиват в Балансираната система от показатели, интегрираща в себе си както финансови, така и нефинансови показатели. В тази система акцентът е поставен на нефинансовите показатели за ефективност, създавайки възможност за оценка на трудно подаващи се на измерване аспекти от дейността.

Балансът в балансираната система от показатели обхваща връзките между финансовите и нефинансовите показатели, стратегическия и оперативния мениджмънт, миналите и бъдещите резултати, вътрешните и външните аспекти от дейността на предприятието. Балансираността е в еднаквата важност на всички показатели.

Това е сравнително нова управленска технология, успешно подпомагаща дейността на стратегическото управление чрез мониторинг. Системата се състои от оценки по 4 направления, които съвпадат с целите и особеностите на функционирането на дадена организация. Днес тя е всеобщо призната и независимо от наличието на множество аналогични методики, все по-често се възприема като „стандарт де-факто”, защото показват логиката на бизнеса, следването на която трябва да доведе до успех.

Защо е необходима Балансирана система от показатели - BSC?

Според доц. д-р Хр. Тужаров,

⁷⁰ Robert S. Kaplan and David P. Norton „The Strategy-Focused Organization, 2000”

- Само 5% от сътрудниците разбират стратегията;
- Само 25% от мениджърите са включени в система за мотивация със стратегията;
- Бюджетите на 60% от организацията не са обвързани със стратегията.
- 85% от ръководителите изразходват по-малко от един час в месец за обсъждане на стратегията.
- 90% от опитите за изпълнение на стратегически планове са неудачни.

Каква е целта на BSC?

Да премести акцента от чисто финансово управление, към управление с дългосрочна перспектива в бъдещето, основано на стратегията на организацията.

Философията на BSC намира израз в девиза на концепцията: „Ако не можеш да измериш – не можеш да управляваш”⁷¹

И за това ***основните постулати*** са :

- Измерва се само това, което може да се опише
- Оценява се само това, което може да се измери
- Управлява се само това, което може да се оцени⁷²

Система BSC – е не просто система за измерване, а иновативна система за стратегическо управление на организацията. При подходяща реализация, тя се превръща в основен инструмент за планиране и наблюдение на действията, водещи до изпълнение на стратегическите цели на организацията, така че тя се превръща в инструмент за реализация на стратегията. Но, ако няма стратегия, няма и необходимост от BSC. Тя започва да се строи отгоре надолу. Така стратегическите цели на организацията логически се декомпозират до частни цели на оперативно ниво.

Методология - BSC разглежда организацията в четири различни, но балансирани, перспективи (финанси, процеси, клиенти, знания), като все по-вече се разширява използването възможностите на персонала и информационните технологии.

Архитектурата на Балансираната система от показатели може да се обобщи от долу нагоре така: Активното използване на интелектуалните ресурси при решаване на стратегическите задачи води до подобряване на стойностите по направлението

⁷¹ Robert S. Kaplan and David P. Norton „The Strategy-Focused Organization, 2000”

⁷² <http://tuj.asenevtsi.com/BSC/BSC29.htm> посетен 07. 09. 2020г.

вътрешни бизнес процеси, което на свой ред гарантира признание на организацията от потребителите-пациенти. ⁷³

Стратегически цели се определят в зависимост от направлението на развитие на стопанската дейност.

Таблица 6. Направления за оценка⁷⁴

НАПРАВЛЕНИЕ ЗА ОЦЕНКА	КОМЕНТАР
Финансова дейност	Главен показател за успеха на организацията- осигуряване на икономически ръст, намаляване на разходите, поддържане на конкурентоспособност на услугите, предотвратяване на неудачи в дейността.
Сътрудничество с потребителите/пациенти/	Потребителите са основното условие за подобряване на финансовите резултати – повишеното качество на работа ще повиши клиентската удовлетвореност, ще подобри имиджа на организацията, ще се ускори процеса по привличане на клиенти.
Вътрешни бизнес процеси	Резултатът от вътрешните процеси е индикатор за бъдещи подобрения на параметрите на медицинската и финансовата перспективи.
Интелектуални ресурси	Основен източник за създаване на стойност. Наложително е да се инвестира в развитието на този ресурс чрез повишаване компетенциите на персонала в сферата на иновативната дейност, повишаване на професионалната квалификация, подобряване степента на съгласуваност и ясна субординация на целите между персонала.

Балансирана система от показатели - BSC, в своя класически вариант обхваща горепосочените четири жизнено важни аспекта от дейността на организацията, които,

⁷³ Каплан, Робърт, Нортън, Дейвид. Балансирана система от показатели за ефективност. – София, Класика и стил, 2005, с. 11. /

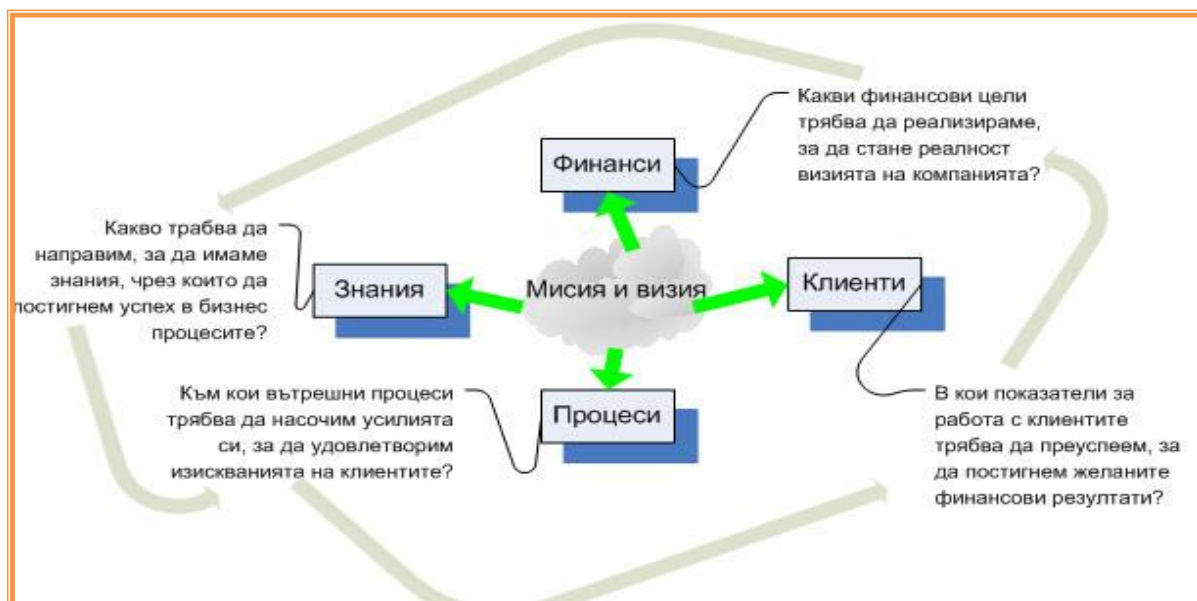
⁷⁴ Международна научна конференция "Икономическо благосъстояние чрез споделяне на знания", Христова-Кръстева Радосвета, с. 303

ако се развиват пълноценно и взаимосвързано представляват четири перспективи за дейността на организацията.

Всяка перспектива съдържа в себе си въпроси, с които тя се асоциира. Отговорите на тези въпроси се явяват онези цели, след достигането на които се гарантира изпълнението на стратегията. Между тези четири перспективи съществуват ясно очертани причинно-следствени връзки. В качеството на пример показващ взаимосвързките между перспективите може да се даде следната верига:

Добрата печалба е резултат от удовлетворени клиенти, поради качествени процеси, създадени от професионални сътрудници.

Отделянето на причинно-следствените връзки между различни цели позволява да се формира цялостна картина на това как трябва да се развива организацията.



Фигура 12 - Взаимовръзки между целите ⁷⁵

Какво се постига чрез системата на BSC?⁷⁶

Внедрявайки системата на BSC в управлението на една организация неминуемо се достига до:

- Онагледява се представянето на стратегията;

⁷⁵ <http://tuj.asenevtsi.com/BSC/BSC29.htm> посетен 07. 09. 2020г.

⁷⁶ <http://tuj.asenevtsi.com/BSC/BSC29.htm> посетен 07. 09. 2020г.

- Чрез конкретни действия BSC привежда стратегията в действие;
- Чрез BSC се управляват взаимосвързани цели;
- Създава се система за многостранна оценка на дейността по ключови показатели;
- BSC представлява база за създаване на ефективна система за мотивация;
- Представлява средство за повишаване пазарната устойчивост и позициите на организацията;
- Средство за създаване на екип единомишленици в бизнеса.

Също така BSC изпълнява следните ключови задачи:

- Реализира баланс на стратегическите, оперативните и личните цели.
- Измерва, наблюдава и контролира производителността.
- Повишава скоростта и качеството на приемане управленски решения.
- Повишава “корпоративната прозрачност”:

Или, тази система е нещо повече от програма за измерване показателите от дейността. Тя облекчава комуникациите и фокусира вниманието върху стратегически важни дейности като насочва организацията към успех.

Също така, чрез описание на стратегията на сътрудниците и другите заинтересовани лица, позволява на организацията да разпредели зоните на отговорност и да осъществи мониторинг и анализ на ефективността от дейността ѝ.

Чрез резултатите от BSC може да се постигне:

- Комплексна и задълбочена оценка за състоянието и перспективите за развитие на бизнеса;
- Корпоративен език, който създава конструктивна среда за общуване в организацията; /постига се едно по-високо ниво на организационната култура/
- Колектив с база знания на организацията;
- Възможност за анализ и средство за постигане на поставените цели;
- Инструмент за адаптация към бързо променящата се външна среда, защото:
 - се реализира стратегията;
 - се популяризират целите;

- се установяват причинно следствени връзки между показателите, идентифицират се факторите, движещи развитието като се премества фокуса от финансовите показатели, към показателите, които действително движат развитието и ускоряват идентифициране на проблемните области;
- се позволява бързо и ефикасно реагиране на проблемите чрез извеждане на добри практики и чрез създаване на идеи и иновации.

Таблица 7. Етапи в процеса на създаване и внедряване на BSC? ⁷⁷

ЕТАПИ	ЗАДАЧИ
Провеждане на стратегически анализ	<ul style="list-style-type: none"> • Оценка на стратегическите предпоставки • Определяне на основното стратегическо направление • Интеграция на BSC в процеса на стратегическо развитие
Създаване на организационни условия за внедряване	<ul style="list-style-type: none"> • Определяне архитектурата на BSC • Изграждане на проектна организация • Организация на работите по изпълнение на проекта • Проучване на възможностите за информация, комуникация и участие • Стандартизация и комуникация • Анализ на критическите фактори за успех
Разработка на BSC	<ul style="list-style-type: none"> • Разработка на стратегически цели • Определяне на стратегически цели • Съставяне на „стратегическа карта” • Избор на показатели • Определяне на целевите значения
Каскадно управление на предприятието	<ul style="list-style-type: none"> • Внедряване на BSC в предприятието • Изграждане на BSC за отделните структурни звена в предприятието и съгласуване

⁷⁷ Международна научна конференция "Икономическо благосъстояние чрез споделяне на знания", Христова-Кръстева Радосвета, с. 303

	<ul style="list-style-type: none"> • Обезпечаване на качеството и документиране на резултатите
Обезпечаване на последователността при използване на BSC	<ul style="list-style-type: none"> • Интеграция на BSC в системата на планиране, отчетната система и ИТ поддръжката на предприятието • Обединяване на BSC с концепцията за стойностноориентирано управление • Обединяване на BSC със системата за рискмениджмънта и ИТ поддръжането на BSC

На фигура 13 ще представим компонентите на BSC, които се използват при реализацията на горепосочените етапи.



Фигура 13. Компоненти на BSC78

Според определението на СИМАЗ, BSC е подход, чрез който се обезпечава мениджмънта с информация, за да се подпомогне стратегическата политика и цели на

⁷⁸ <http://tuj.asenevtsi.com/BSC/BSC29.htm> посетен 07. 09. 2020г.

организацията, както и да позволи пълномащабно да се обвърже стратегията на организацията с оперативната ѝ дейност и ефективност. 79

За прилагането на модела на балансираните показатели е нужно ясно да се формулират целите. Според авторите на системата, за изготвяния модел е добре, за всяка перспектива да се задават 1 до 4 цели, а за всяка цел се подбират от 1-10 показателя, които отразяват най-пълно дадената цел. 80

За целта е необходимо да се изготвят стратегически карти. Чрез тях към балансираната система от показатели се добавят нова система от елементи, илюстриращи времевата динамика на организационното развитие. Стратегическата карта обуславя модулност и подобрява яснотата и фокуса.

Чрез проектираните и разработени стратегически карти удобно и разбираемо се разпространява формулираната стратегия. Това е един от мощните инструменти, с който се катализира процесът „комуникация на стратегията”, а също се извършва и нейното визуално представяне. Отново чрез нея, но в обратен порядък започват първите стъпки по създаването на стойност и реализиране на предварително изготвената стратегия.

Картата на стратегията (strategy map) визуализирано представя стратегията във вид на стратегически цели, показатели и причинно-следствени връзки. Тя се явява липсващото звено между формулираната стратегията и нейното изпълнение. Чрез нея се установява връзката между вложените ресурси и стратегическите цели и се допринася за осигуряването на възвращаемост на инвестициите в организацията.

При превеждането на стратегията от целите към показателите за ефективност може да се попадне в клопката на неимоверно много потенциални показатели за ефективност, които могат да изместят акцента на стратегическата карта. Формулировките на стратегическите цели служат за изясняване и доуточняване на целите, изразени върху стратегическата карта. Така целите, заложи в стратегическата карта следва да съдържат следните характеристики:

- обясняват прецизно смисъла на стратегическата цел;

⁷⁹ Източник Павлова, М. – Управленски аспекти в развитието на счетоводните системи, докт. дисертация, В. Търново, 2013

⁸⁰ Каплан, Робърт, Нортън, Дейвид. Балансирана система от показатели за ефективност. – София, Класика и стил, 2005,

- описват значението ѝ за потребителите, служителите, собственици и други заинтересовани страни;
- резюмират начина, по който ще се изпълни целта;
- обясняват как целта се вписва във веригата от причинно-следствени връзки в стратегическата карта.

Един от най-ефективните начини за създаване на целите в стратегическата карта на организацията е да бъде разгледана поотделно всяка една от перспективите в балансираната система от показатели за ефективност под формата на определен брой оперативни задания.

1. Перспектива „Финансови резултати”⁸¹

Търсейки финансова ефективност основните оперативни стъпки на организацията трябва да са насочени към оптимално управление на производството и човешките ресурси.

Това означава, че оперативните задачи трябва да са:

- съкращаване на времето за производство на единица продукция;
- преодоляване на „тесните” места в производствения процес-авариите и причините за забавяния;
- подобряване на логистичните процеси;
- намаляване на производствената материално- и енерго-емкост;
- оптимално уплътняване на работното време от работниците и служителите;
- оптимално натоварване на производствените мощности.

Стратегическите цели, в раздела финансови перспективи трябва да са реално достижими и да се свеждат до:

- възвращаемост на инвестираните средства;
- съкращаване на разходите;
- постигане на печалба;
- намаляване или достигане на определено ниво на себестойността на продуктите и услугите.

⁸¹ Маноилов, Г. Стратегическите карти средство за синхронизация между бизнеса и ИТ; списание СЮ; 3/2008

Ръст на доходите в здравеопазването може да бъде получен и чрез укрепване на отношенията със съществуващите пациенти.

2. Перспектива „Отношения с клиентите”

Обикновено клиентската перспектива включва някои общи критерии за успешна дейност:

- Удовлетвореност на клиентите /пациенти/;
- Съхранение на клиентската база;
- Разширение на клиентската база;
- Печалба от клиент и т. н.

При формулиране на клиентските цели и след избрана съответната пазарна стратегия се подбират и съответните оперативни дейности :

- увеличение на броя предлаганите услуги за определен времеви период;
- подобряване на качествените параметри на предлаганите услуги;
- внедряване на нови иновативни продукти;
- въвеждане на нови технологии, позволяващи както по-качествена услуга, по-голямо разнообразие на услугите и повече обслужени пациенти.

Стратегическите цели, заложи в клиентската перспектива трябва да са реалистични, постижими и има конкретни условия и предпоставки, позволяващи реализирането им.

3. Перспектива „Вътрешни бизнес-процеси”

Дейностите по тази перспектива могат да бъдат класифицирани в четири групи:

- Процеси по управление на производството;
- Процеси за управление на клиентите;
- Иновационни процеси;
- Законодателни и социални процеси.

Осигуряването на допълнителна стойност като стратегическа цел налага непрекъснат мониторинг на вътрешните бизнес процеси в организацията и задълбочаване на аналитичните им изследвания. Независимо от факта, че в организацията протичат десетки различни процеси, разработването на стратегическа карта води до:

- подобряването на комуникационните, логистичните и социалните връзки и взаимоотношения;
- изясняване на оперативните дейности;
- оптимизиране на отделите в организационно-структурно отношение;
- отчитане и анализиране на «тесните» в организационно отношение места;
- проектиране на нови процеси.

Ако определен аспект от дейността не е измерван, това автоматично означава, че не е дефиниран задълбочено и всеобхватно и съответният бизнес-процес. В тази ситуация ролята на стратегическата карта се свежда до обхващането, дефинирането и интегрирането на всички връзки, взаимодействия и процеси, наложени от производствената дейност в производствената организация в структурно единен, съдържателно цялостен и стратегически целеположен комплекс. Същевременно обаче формулирането на нови стратегически цели води до нови процеси, нови умения на служителите, а нерядко и допълнителни ресурси. На база стратегическата карта преди всичко следва новите стратегически цели да бъдат максимално удовлетворявани посредством наличните организационна структура, ресурси, капацитети и вътрешни бизнес-процеси. Едва след задълбочен анализ на реалните възможности и след констатиране на обоснована невъзможност за постигане на определените стратегически цели с разполагаемите от производствената организация ресурси, мощности, технологии и бизнес-процеси, следва да се пристъпи към инвестиране в дейността на производствената организация. Инвестиционната дейност обаче също трябва да бъде обхваната от системата на стратегическата карта и обвързана с реални или предстоящи вътрешни бизнес-процеси.

4. Перспектива „Обучение и развитие“

Тази перспектива включва цели за активизиране на нематериалните активи, които се явяват най-важни за реализация на стратегията. Тези цели обхващат развитието на човешкия капитал, информационния капитал и организационния капитал, необходими за поддържане на процеса по създаване на стойност.

Показателите, свързани с човешките ресурси в производствената организация, често остават недооценени при разработването на стратегическата карта. Стратегическите цели в тази перспектива са факторите, които правят възможен успеха по всички други елементи от системата от показатели. Твърде наивно е да се очаква, че

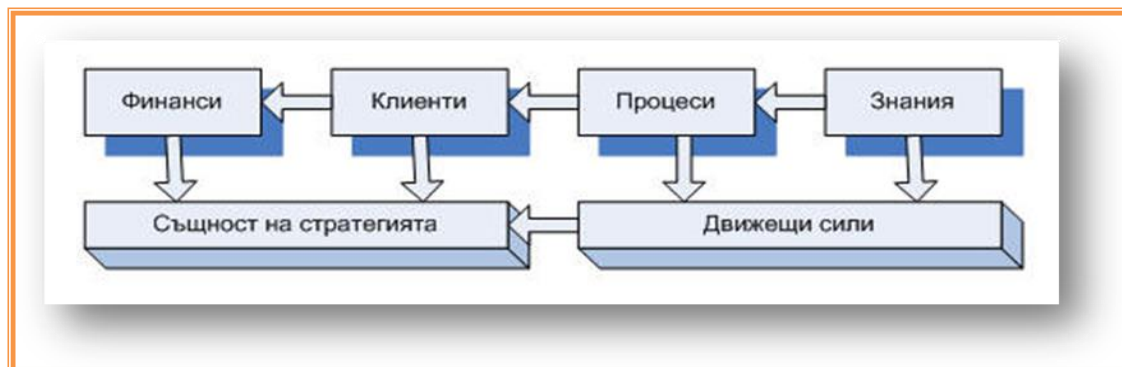
организационната единица в здравеопазването, в днешната икономика на знанието ще просперира без квалифицирани и мотивирани служители, снабдени с необходимата им апаратура и инструментариум и работещи в среда с подходяща организационна култура.

Перспективата „Обучение и развитие” в здравните организации е косвено свързана с конкурентоспособността на произвежданите продукти и с възможността за добавяне на стойност в реалния производствен процес. Тази перспектива налага инвестирането в:

- професионалното и личностно развитие на персонала;
- припознаването от тяхна страна на организационните цели;
- създаването на равни възможности за изява на личните и професионалните им качества и способности;
- мотивирането им към постигане на оперативните задачи;
- установяването на благоприятна социална среда.

При идентифицирането на стратегическите цели по перспектива „Обучение и развитие” трябва да се изследват и анализират:

- елементите от организационната инфраструктура, притежаващи особена важност по отношение на бизнес-процесите и клиентите;
- уменията и квалификацията, необходими на служителите в производствената организация в конкретен настоящ и бъдещ времеви момент;
- възможностите за достъп на служителите, при изпълнение на оперативните задачи, до информация;
- корпоративната култура;
- стремежа към успех;
- атмосферата на иновации и инвестициите в тях;
- изравняването на личните и общите цели.



Фигура 14. Ролята на BSC перспективите⁸²

Целите от клиентската перспектива описват същността на стратегията, а целите на финансовата перспектива – икономическите резултати от стратегията.

Целите от другите две перспективи (вътрешни бизнес процеси и обучение и развитие) формулират начините за реализиране на избраната стратегия. Резултатите от тези две перспективи се явяват движеща сила на стратегията.

Показатели за ефективността на дейността - KPI /Key Performance Indicators/

KPI се явяват транспортни средства на организационните комуникации, тъй като чрез тях мениджърите свеждат до знание /декомпонират/ мисията и целите на организацията до всеки неин член. Освен това KPI се явяват стратегическите лостове на развитие, защото са обвързани с действия, които гарантират бъдещите успехи, ако са реализирани както трябва.

KPI се оценяват според това, доколко ефективно те насочват организацията към достигане на финансовите и организационни цели. Водеща е ролята на нефинансовите показатели, тъй като те са движещите сили, от които зависят крайните финансови резултати.

Основните характеристики на KPI са :

- *да са всеобхватни*, т. е. да обхващат дейностите на цялата организация.
- *да са взаимосвързани със стратегическите цели*, те се определят от долу нагоре по нивата на управление.
- *да е налице прозрачност при създаване на KPI*. Задачата е да се построи модел на дейността на организацията от стратегията до изпълнителското ниво във вид на карта на причинно-следствените връзки.

⁸² <http://tuj.asenevtsi.com/BSC/BSC29.htm> посетен 08. 09. 2020г.

- **да са налице общокорпоративни стандарти за измерване на KPI-** измерванията в организацията трябва да се стандартизират и понякога това отнема месеци. Времето може да бъде съкратено, ако висшето ръководство се включи активно в процеса по стандартизация.
- ❖ **Данните за KPI трябва да са реални** – Понякога е по-лесно да определиш какво ще измерваш, отколкото как ще го измерваш. За да се реализира това са необходими достоверни данни, на база на които да се извършват изчисленията. Обикновено такива липсват. Затова е необходимо внимателно да се анализират потоците от данни, протичащи в организацията и на тази база да се намерят или създадат нови източници от където да се черпи информация за недостигащите данни.
- ❖ **KPI трябва задължително да са разбираеми и леки за използване** - твърде многото показатели пречат на изпълнителите да разберат тяхното значение за крайните резултати и да се съобразяват с тях в своята работа. Разбираеми, за да може всеки сътрудник да е наясно със същността на показателя, за да се постигне целта и какво самият той да прави или да не прави в хода на работата.
- ❖ **KPI да са актуални** - това налага периодичен анализ на всеки показател, защото в зависимост от спецификата на организацията, те могат да бъдат актуални за даден период и след това да престанат да бъдат такива.
- ❖ **KPI да са мотивиращи** - KPI трябва да мотивира сътрудниците за изпълнение на заложените в стратегията дейности. При внедряване на системата с балансирани показатели е задължително тя да се обвърже със системата за стимулиране на персонала.
- ❖ **KPI трябва да са действени** - KPI задължително трябва да води до повишаване на организационната ефективност. За да се постигне успех е необходимо те да се внедряват на корпоративно ниво, като се отчетат всички взаимозависими фактори.

Провеждането на качествен диагностичен анализ на дейността на лечебното заведение може да бъде постигнато лесно, ако се използват т. нар. диагностични карти. По същество те представляват управленски инструменти и са част от алгоритъма за

диагностичен анализ. Според М. Георгиева⁸³ за целта, за да се използва пълноценно BSC – показатели в здравеопазването е удачно да се разработят 12 диагностични карти – по една за всяко от 12-те ключови направления от модела за анализ на дейността на лечебното заведение.

- 1) Управление
- 2) Клиенти
- 3) Ефективност
- 4) Медицински перспективи
- 5) Финансови перспективи
- 6) Служители
- 7) Капацитет/ресурси
- 8) Вътрешни процеси
- 9) Обучение
- 10) Външна микросреда
- 11) Външна макросреда
- 12) Ползи за обществото

Всяка диагностична карта трябва да съдържа следните части:

- **Ключови въпроси** – най-честите въпроси, на които ръководствата на лечебните заведения търсят отговор в ежедневната си практика, както и такива, които не са били засягани досега.
- **Ключови показатели за анализ** – показателите, чрез които могат да се намерят отговорите на поставените ключови въпроси.
- **Методи за събиране на информацията** – сбор от подходящи методи за събирането на необходимата информация.
- **Източници на информация** – възможните източници на информация по избраното направление.

С така получената, обработена и анализирана информация, Системата от балансиращи показатели-/SBC/ ще бъде адаптирана към здравеопазването в помощ на здравната организация. Чрез специален софтуерен продукт ще се обединят информационните системи в рамките на едно лечебно заведение, в които се натрупват данни за дейността му и служат като основа за анализ, планиране, изпълнение и

⁸³ Георгиева, М., Диагностичен анализ на дейността на на лечебните заведения, МУ Варна, 2015

контрол на процесите. Ще се осигури достъпност, необходимата прозрачност, комуникативност от най-висшето до другите управленски поднива, като по този начин всеки ще вижда смисъла и ангажираността си в ежедневните оперативните дейности, които като цяло работят за постигане на стратегическите цели на здравната организация.

ВТОРА ГЛАВА

ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

2.1. Цел и задачи на изследването

Работна хипотеза - За да премине една отворена организацията като „КОЦ-В. Търново-ЕООД” устойчиво, без сътресения през периода на организационна промяна в името на основната си цел - активно издирване, диагностика, квалифицирано комплексно лечение и периодично наблюдение на пациенти със злокачествени новообразувания и преканцерози, при спазване на изискванията за добрата медицинска практика, медицински стандарти за лечение и съблюдаване на правата на пациентите, и в името на основна посока – запазване стабилитета и конкурентноспособността на организацията в сферата на онкологичната помощ в национален и интернационален мащаб е необходимо процесът да бъде управляван, а не администриран. За целта е необходим стратегически мениджмънт на база глобален, дългосрочен поглед чрез подходящ инструментариум. Към настоящият момент Системата от балансирани показатели /SBC/ единствена би осигурила прозрачност, надеждност и стабилност на организация с вече 70 годишна история, особено по време на промяна.

Целта на разработката е в условията на пазарно действащи взаимоотношения и пазарно ориентирани стандарти, да се проучи, анализира и оцени управлението на процеса на организационна промяна в „КОЦ - Велико Търново”- ЕООД. Да се разработят предложения за усъвършенстване на мениджмънта на промяната и да се посочи необходимостта от нов стил управленски професионализъм, с цел подобряване на ефективността на работния процес, предотвратяване на дестабилизация и декапитализация на организацията.

Предмет на изследване са устойчивите характеристики на промяната от гледна точка на нейното осъществяване на организационно равнище, а така също и възможностите за нейното управление. Използван е интердисциплинарен подход, който да позволи обхванат и задълбочен анализ на природата на организационната промяна и нейното управление.

Във връзка с постигането на целта е необходимо да се решат следните **задачи**:

- 1) Извеждане на възможните причини за съпротива срещу промяната и методите за нейното преодоляване;

- 2) Анализ и оценка на промяната в КОЦ Велико Търново, като се представи и конкурентен практически опит в областта на управление на промяната;
- 3) Представяне на конкретен практически опит в областта на управление на промяната и свързаните с този процес добри практики;
- 4) Предлагане на възможности за усъвършенстване на процеса на промяна в КОЦ Велико Търново.

За реализирането на поставената цел е необходимо да се проучи:

- българската и чуждестранна литература относно управлението на организационната промяна;
- миналото и настоящото развитие на онкологичния сектор на здравната система в България и други страни, с оглед извеждане на съществуващите тенденции, посочване на проблемите и предлагане на възможности, свързани с неговото бъдещо развитие;
- държавната политика и нормативната уредба в областта на онкологичното лечение в България и тези в страните членки на ЕС.

Постигането на целта изисква:

1. Провеждане на социологическо проучване, чрез използване на специално структурирана за целта анкетна карта и интервю със съответни въпроси, последващ анализ на събраната информация. Чрез този подход се цели постигането на вътрешно охарактеризиране на изследваната организационна единица – състоянието на организационната промяна и равнището на нейното управление.

2. Анализ на публично достъпна информация - /годишни финансови отчети ГФО и Доклад от експертната комисия за външна оценка на цялостната медицинска дейност и на отделните и други медицински дейности / относно индикаторите за оценка на болничната дейност:

- ресурси - човешки и финансови
- натурални показатели – брой пролежани леглодни, брой преминали болни за 1 година, оборот на едно легло, използваемост на едно легло, продължителност на престой.

3. Анализ на внедрени бенчмаркингови практики, които дават пазарни предимства и предложение на нови такива.

2.2. Обект на изследване

Обект на настоящото изследване е „КОЦ - Велико Търново“ - ЕООД

2.3. Методика на изследването

От методологическа гледна точка анализът ще се движи от общото към частното и от частното към общото. Така се създава възможност да се открият силите за промяна, да се анализира нейният вид, и пр.

Чрез метода на индукцията ще се откриват възможностите за усъвършенстване на нейното управление, докато дедукцията ще позволи да се проследи влиянието на различните фактори върху осъществяването на промяната.

Методологията на проучването и анализа ще са подчинени на целта, на основните задачи, очакваните резултати и обхвата на изследването. Освен това ще са съобразени със спецификата на основните източници на данни и тяхното набиране. За постигане целта на анализа ще се извърши:

- събиране, анализ и синтез на информация от различни източници за развитието на здравеопазването: РЗИ, Евростат, МЗ, както и на данните от отчетите на КОЦ Велико Търново за последните 5 години – 2015 – 2020 година.
- анализ и използване на констатации, изводи и насоки на работа от национални и регионални програми;
- използване на констатации, изводи и насоки на работа от анализи, брошури и други документи на Европейския парламент, Лекарски съюз, НЗОК, пациентски организации;
- събиране, анализ и синтез на теоретични и емпирични изследвания, свързани с разглежданата проблематика;

Прилаганите основни методи на работа са:

- *Документален метод* - анализ, синтез и обобщение на информацията от официални отчетни документи, анкетни данни или други източници, които имат отношение към проблема.
- *Метод на сравнителния анализ*, който обхваща съпоставки на данни и материали свързани с настоящото проучване.
- *Метод на историческия анализ* - включва разкриване на тенденции, насоки и в развитието на КОЦ-В. Търново.

- **Математико-статистически метод** - обхваща използването на математически и статистически похвати за обработка и анализ на използваната информация.
- **Анкетен метод** - обхваща събиране на информация чрез анкетна карта по предварително зададени показатели.
- **Графичен метод** - използва онагледяване на събраната информация чрез подходящи графики и таблици, с помощта на които могат да бъдат извършени гореспоменатите анализи и съответно направени изводи.
- **Анализ на съотношения** (ratio analysis);

Настоящият труд има някои ограничения в обхвата на изследване - събраната и обработена информация е на база представителна извадка на част от настоящи и напуснали служители и пациенти на КОЦ - Велико Търново за периода 2015-2019г. Време в което организацията е на кръстопът в своето развитие, въпреки необходимостта и от съществуване за 2 области- В. Търновска и Габровска.

Изследването е осъществено в две направления.

Първото направление е анализ на годишни финансови показатели 2015-2019, бизнес плана за 2020година и отчета за деветмесечието на 2020г.

Второто направление се състои в анализ на анкетно проучване за удовлетвореността на бивши и настоящи 117 служители и 137 пациенти на КОЦ-В. Търново-ЕООД. Същото обхваща периода 22. 03. 2017г. -15. 09. 2020г., като отразява период на технологична промяна, отразяваща се както върху условията на полагане на труд, така съответно и върху качеството на обслужване на подлежащите за лечение и наблюдение пациенти.

Целта на проучването е чрез събраната информация отразяваща дейността на организацията за посочения период, да се сложи началото на комплексен диагностичен анализ на обследваната организация.

ТРЕТА ГЛАВА
АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ИЗСЛЕДВАНЕТО И ОЦЕНКА НА
ПРОМЯНАТА В ”КОЦ - В. ТЪРНОВО”- ЕООД

3.1. Организационен профил на „КОЦ - В. Търново“ – ЕООД

Със Заповед № А-85/5. 11. 1950г. на министъра на МНЗСГ доц. д-р Гълъбов е регламентирано създаването на специализирана онкологична мрежа в страната:

„За да може да се води борбата със злокачествените новообразувания успешно, както и за усвояване от цялата лечебно-профилактична мрежа на единна методика на диагностика, лечение и профилактика при различните локализации на раковия процес да се създадат 13 специализирани онкологични заведения”.⁸⁴

Като част от този проект, след разкриването на Научноизследователския онкологичен институт /НИОИ/, който в последствие е преобразуван в Национален онкологичен център /НОЦ/, а от 2000 година е регистриран като търговско дружество „НАЦИОНАЛНА СПЕЦИАЛИЗИРАНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПО ОНКОЛОГИЯ“ ЕАД се изгражда и „Комплексен онкологичен център - В. Търново” - ЕООД.

„Комплексен онкологичен център - Велико Търново”- ЕООД е разкрит през 1951г. като Окръжен диспансер за онкологични заболявания за ранна диагностика, лечение и диспансерно наблюдение на онкологични заболявания първоначално с трима лекари, две сестри и двама санитарни, без собствен стационар. Постепенно дейността на диспансера се разширява, като през 1962г. се обособява и стационарен блок със 120 легла състоящ се от няколко отделения – хирургично, гинекологично, терапевтично, лъчетерапевтично и параклинични звена към тях.

Дружеството е със седалище в гр. Велико Търново и адрес на управление на дейността – ул. „Бузлуджа“ №1.

От 01.09.2000г. „ДОЗ”- гр. Велико Търново е преобразуван с решение на Великотърновския окръжен съд по фирмено дело №1258/28. 08. 2000 г съгласно чл. 10, т. 3 от ЗЛЗ с наименование „Междубластен диспансер за онкологични заболявания със стационар - Велико Търново” ЕООД. ⁸⁵

⁸⁴ Устройствен правилник на КОЦ-В. Търново от 01. 04. 2016г.

⁸⁵ Устройствен правилник на КОЦ-В. Търново от 01. 04. 2016г.

В изпълнение на разпоредбите на Закона за изменение и допълнение на Закона за лечебните заведения в сила от 31. 07. 2010г., параграф 70, ал. 1 от ПРЗ на ЗЛЗ, диспансерът е пререгистриран като „КОМПЛЕКСЕН ОНКОЛОГИЧЕН ЦЕНТЪР – ВЕЛИКО ТЪРНОВО” - ЕООД.

„КОЦ-В. Търново“ - ЕООД към тази дата разполага с 206 легла за стационарно лечение разположени в 6 отделения, диагностично консултативен блок, болнична аптека, административно-стопански блок.

Дружеството е 100% общинска собственост. Правата на едноличен собственик върху капитала на „КОЦ - В. Търново“ ЕООД – Община Велико Търново се упражняват от Общински съвет Велико Търново и Кмета на Община Велико Търново.

86

„КОЦ - В. Търново” - ЕООД се управлява от Управител, който има образователно-квалификационна степен „Магистър“ по медицина и квалификация по „Здравен мениджмънт“. Задачата му е да организира и провежда онкологична помощ на район с население от 500 хил. жители, обхващащ две области: Великотърновска и Габровска с обща територия 7431. 6 кв. км. и население 469 264 души, определена му чрез Национална здравна карта. Както по повърхност, така и по население районът обхваща 1/15 част от Република България. В него влизат 9 микрорайона, 5 от които: В. Търновски, Г. Оряховски, Свищовски, Павликенски и Еленски - са на територията на Великотърновска област, а 4 – Габровски, Дряновски, Севлиевски и Тревненски – в Габровска област. В района има 14 общини.

През 1976 г. заедно с Института по онкология му е отредено престижно място и е заведен в регистъра на Световната Здравна Организация /СЗО/ като специализиран онкологичен диспансер за комплексно лечение със съответните диагностични и лечебни звена.

В устройствения правилник на „КОЦ-В. Търново” - ЕООД от 2010 година е записано, че в лечебното заведение се извършва следната дейност:

„Комплексен онкологичен център – Велико Търново” - ЕООД е лечебно заведение, в което лекари с помощта на друг персонал извършват следните дейности:

- активно издирване, диагностика и лечение на лица с онкологични заболявания;

⁸⁶ Устройствен правилник на КОЦ-В. Търново от 01. 04. 2016г.

- периодично наблюдение, консултации и проследяване на болните с онкологични заболявания и преканцерози;
- регистрация и диспансеризация на болни с онкологични заболявания и преканцерози;
- създаване и поддържане на раков регистър за съответната територия, на обслужвания район и за нуждите на Националния раков регистър;
- промоция и превенция на онкологичните заболявания;
- информиране на обществеността по проблемите на онкологичните заболявания;
- експертна и консултативна дейност в областта на онкологията и медицинската онкология;
- научноизследователска дейност в областта на онкологията;
- провеждане на клинични и терапевтични изпитвания в областта на медицинската онкология;
- реализиране на комплексни програми за обучение и специализация по онкология, медицинска онкология и лъчелечение и здравни грижи;
- осъществяване на консултации по проблемите на онкологичните заболявания в обслужвания район;
- извършване на профилактика и скринингови програми за онкологичните заболявания. 87

Лечебната дейност в комплексния онкологичен център се ръководи от лекар с призната специалност по онкология или медицинска онкология и с квалификация по здравен мениджмънт.

В КОЦ могат да се откриват легла за долекуване, продължително лечение, рехабилитация и палиативни грижи.

КОЦ може да предоставя социални услуги по реда на Закона за социалното подпомагане.

До 2010 година с този организационен профил лечебното заведение имаше осезаемо присъствие на пазара на онкологичните услуги. Това беше лечебно заведение със завидна репутация, с отговорно и професионално отношение към здравето на всеки

⁸⁷ Устройствен правилник на КОЦ-В. Търново от 01. 04. 2016г.

онкологичен пациент от обслужвания регион, а със спечеленото доверие се привличаха пациенти и от други региони на държавата. След това започва период на сериозни финансови загуби, кадрови промени- текучество и дефицит, с което завоюваната с дългогодишен и упорит труд предна позиция отстъпи на други онкологични звена. Доверието в качеството на услугата се промени, а с това се промени и количеството на работа и финансовия резултат.

След въвеждане на линейния ускорител се отчита бавно и епизодично съвземане.

3.1.1. Мисия и цели

Мисията на лечебното заведение е осигуряване на квалифицирано комплексно лечение на пациенти със злокачествени новообразувания при спазване на изискванията за добрата медицинска практика, медицински стандарти за лечение и съблюдаване на правата на пациентите. Провеждане на диспансеризация чрез екип от висококвалифицирани медицински специалисти, взаимодействие и сътрудничество с други лечебни и здравни заведения, инвестиране на ресурси в медицинска апаратура и оборудване.

3.1.2. Организационно управленска структура

Структурата на лечебното заведение е изградена в съответствие със Закона за лечебните заведения и Д. В. бр. 59 от 31. 07. 2010г. С решение на ръководството и Медицинския съвет Устройственият правилник разрешава разкриване на сектори, отделения, кабинети, когато това е необходимо, с оглед оптимизиране медицинските дейности на заведението.

Структурата на „КОЦ - Велико Търново“- ЕООД съответства напълно на законовите изисквания и се състои от:

- Диагностично-консултативен блок, включващ приемно-консултативни кабинети, медико-диагностични лаборатории и отделения без легла (клинична лаборатория, отделение по нуклеарна медицина и радиоимунология, отделение по образна диагностика, отделение по клинична патология), канцер регистър за диспансерно болни;

- Стационарен блок с 5 отделения с общо 206 легла до 2015г., като от 2016 същите са намалени с 20 легла-186; всички те са съответстващи на основните методи от комплексното лечение.
- Звено за регистрация и профилактика на онкологичните заболявания; Канцер регистър.
- Аптека за задоволяване на собствените си нужди.
- АСБ – с администрация, счетоводство, др.

За част от стопанските дейности – пране, стерилизация и хранене се използват външни услуги.

Структурата на основните блокове е както следва:

ДИАГНОСТИЧНО - КОНСУЛТАТИВЕН БЛОК

А. Приемно – консултативни кабинети

- онкохирургичен кабинет;
- онкогинекологичен кабинет;
- кабинет по медицинска онкология;
- кабинет по лъчелечение;
- УНГ кабинет;
- Онкоурологичен кабинет;
- Рентгено – мамологичен кабинет;
- Имунологичен кабинет;
- Кожен кабинет;
- Кардиологичен кабинет;
- Кабинет за болката и симптоматично лечение;
- Ендоскопски кабинет;
- Кабинет по ултразвукова диагностика;
- Кабинет за функционално изследване на дишането и електрокардиограми;
- Кабинет по гръдна хирургия;
- Операционна за еднокдневна и амбулаторна хирургия;

Б. Медико-диагностични отделения и лаборатории

- Отделение клинична лаборатория;

- Отделение по нуклеарна медицина;
- Отделение по образна диагностика с мамологичен кабинет;
- Отделение по клинична патология с цитологична лаборатория;
- Канцер регистър за диспансерно болни и преканцерози;

В. АПТЕКА

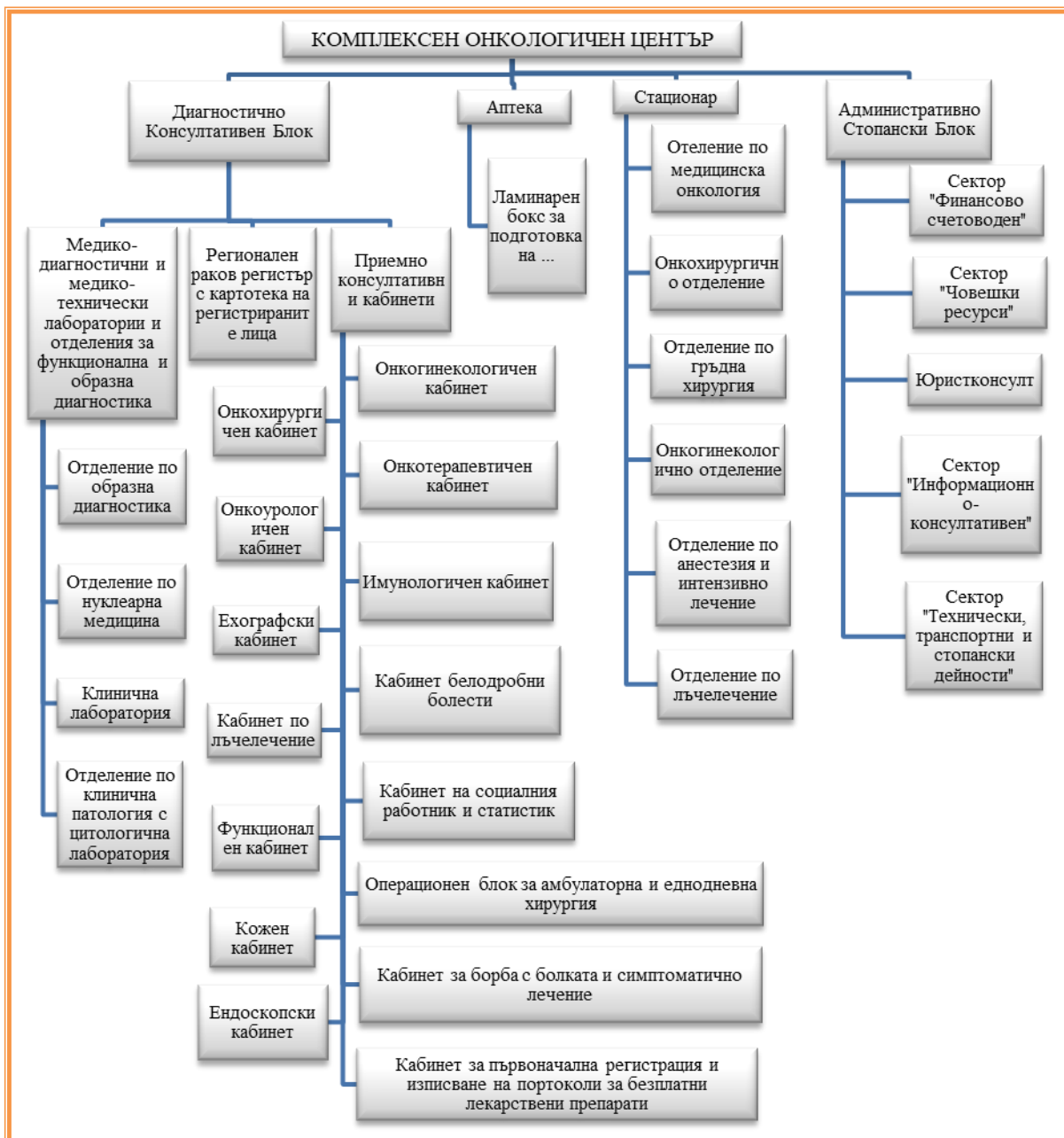
Г. СТАЦИОНАРЕН БЛОК

От 2016 г. „КОЦ - В. Търново" - ЕООД разполага вече от 206 с общо 186 легла, разпределени както следва:

- Отделение по медицинска онкология	52 легла
- Палиативни грижи	8 легла
- Онкохирургично отделение с корем и урологичен сектор	39 легла
- Отделение по Гръдна хирургия	14 легла
- Онкогинекологично отделение	24 легла
- Отделение по лъчелечение с дневен стационар	34 легла
- Отделение по анестезия реанимация и интензивно лечение	15 легла

Д. АДМИНИСТРАТИВНО – СТОПАНСКИ БЛОК:

- администрация и ръководство;
- счетоводство;
- юрисконсулт;
- информационно звено;
- кухня;
- вещи склад.



Фигура 15. Организационна структура на „КОЦ - Велико Търново“ – ЕООД

3.1.3. Оборудване

1.) „КОЦ-В. Търново“- ЕООД притежава собствена апаратура за прилагане на следните методи за образна диагностика: конвенционална рентгенография, мамография, КАТ, ехография на коремни, тазови органи и щитовидна жлеза. Същата се поддържа от лицензирана фирма за поддръжка на медицинска техника.

2.) „КОЦ-В. Търново”- ЕООД има възможност да прилага в съответствие с разрешението за лечебна дейност следните методи за ендоскопска диагностика: горна и долна ендоскопия на стомашно-чревния тракт, бронхоскопии, видеоасистирани торакоскопии, цистоскопии. Цялата ендоскопска техника е производство на фирма „Олимпус”. Поради напускане на обучените специалисти към момента тази дейност е неприложима.

3.) „КОЦ-В. Търново”- ЕООД прилага специфични за онкологичната патология методи от областта на клиничната патохистология и клиничната имунология.

4.) Освен стандартните методи на конвенционалната клинично-лабораторна диагностика, лечебното заведение ползва следните специфични методи от клиничната патохистология и клиничната имунология:

- в отделението по клинична патология на диспансера се извършва имунохистохимично изследване на естроген и прогестерон рецептори при злокачествени тумори на млечната жлеза, изследване на HER 1 и HER 2 рецептори, лимфоми и саркоми;
- клиничната лаборатория на диспансера изследва туморни маркери по хемилуминисцентния метод - CA-15-3, CA-19-9, CA-125, PSA, CEA, AFP, b-hCG (TBhCG2) и Testosterone;
- отделенията по клинична лаборатория и нуклеарна медицина на диспансера изследват следните туморни маркери – CA-15-3, CA 19-9, CA-125, PSA, CEA и AFP;

Използваните методи позволяват уточняването на сложни в диагностично отношение случаи и осигуряват необходимото качество на лечебния процес при изследванията на онкологично болните. Прилаганите методи отговарят на изискванията по стандартите за “Клинична патология”, “Клинична лаборатория” и “Радиоимунология”.

5.) „КОЦ-В. Търново”- ЕООД е създад и прилага организация за осигуряване за пациента на всички конвенционални технологии за химиотерапия; лъчелечение; хирургични технологии (операционни зали, оборудвани съгласно стандарта за хирургия и стандарта за анестезия). В областта на химиотерапията се използват всички конвенционални технологии. Работи се по приети с консенсус правила за системно лекарствено лечение на солидните злокачествени тумори и изготвени диагностично-

терапевтични алгоритми по локализации и технически фишове за сестрински грижи по химиотерапия. За лечение на пациентите с онкологични заболявания в диспансера се използват повърхностна и дълбока рентгентерапия, брахитерапия. Лъчетерапевтичната апаратура през 2013 г. се замени с нова по-съвременна високоенергийна лъчетерапевтична апаратура (линеен ускорител). В радиологично отделение се работи по специално разработени и приети от Гилдията на лъчетерапевтите собствени стандарти по локализации. Операционният блок отговаря на изискванията на медицинските стандарти по “Хирургия” и “Анестезия”. Той притежава 2 операционни зали, оборудвани съгласно стандарта по “Хирургия” и “Анестезия и интензивно лечение” и 2 в състояние на „замразен ремонт”. Операционният блок притежава необходимата апаратура за оперативно лечение и мониториране на болните, част от която е амортизирана, но все още покрива изискванията на медицинските стандарти.

б.) „КОЦ-В. Търново”- ЕООД поддържа и архивира всички необходими данни. Лечебното заведение отразява състоянието при диспансерно наблюдение на пациентите според наложените нормативи в хартиен вариант на Единното онкологично досие. Там се отразява пълната и точна характеристика на онкологичната диагноза, която включва локализация, морфология, TNM система, стадий, клинична група и степен на диференциация на тумора. Това е съществено изискване за спазване на правилата за добра медицинска практика в онкологията в България и по света.

3.1.4. Партньори

Партньори са всички онези лечебни заведения и лаборатории, с които имаме договорни отношения поради липса на разкрита съответната дейност в нашето лечебно заведение – с МОБАЛ „д-р Стефан Черкезов” за услугата ядреномагнитен резонанс, микробиологична лаборатория, със СБАЛК за специализирана кардиологична помощ и всички доставчици на лекарствени и други ресурси.

3.2. Резултати от изследването

Чрез настоящото изследване се споделя разбиране, че здравните системи по света са обект на постоянно развитие и промяна. Тези процеси са продиктувани от стремежа

на обществата за постигане на стабилност, устойчивост и високо качество на здравеопазването. Реформите в здравната система поставят пред нейното управление редица предизвикателства, които могат да бъдат преодолені посредством осъществяването на различни промени.

Данните ще намерят приложение в разработените 12 диагностични карти. Всяка една от тях отразява важно за здравната организация направление, а систематизираната информация във всяка отделна карта дава отговор на ключови въпроси отнасящи се към ключовите показатели на дадена дейност. Така с комплексното измерване и оценяване на дейността на здравната организация, в края на анализа могат да се преценят необходимите коригиращи промени, на които да се заложи или да се използват скрити резерви с цел да се постигне балансираност, подобряване на ефективността, конкурентноспособността и резултатността от действията на организацията. Информацията би могла да бъде използвана за създаване на единен софтуерен продукт с оглед внедряване на системата от балансирани показатели /SBC/ като инструмент в стратегическото управление на здравната организация КОЦ-В. Търново- ЕООД, а защо не изграденият модел да не бъде подходящ като модел на стратегическо управление на всяка здравна организация. Традиционният подход за управление на дейността на здравните организации използва предимно финансови показатели, които не могат да отразяват многостранността на всички процеси в тях. Слабост на финансовите показатели е, че те отразяват резултати от минали събития, а не подсказват създаването или разрушаването на стойност в бъдещето. Събраната информация позволява както да се правят исторически анализи, така и да се откриват тенденции, да се прави прогноза или да се изготви по-добър бюджет, чрез което да се създават условия за мотивация на служителите, резултатите от чиито усилия вече ще са видими, а целите, поставени пред тях, измерими. Крайният резултат от усилията ще бъде чрез системата за балансирани показатели да се изпълнят стратегическите цели на организацията, а това ще е своеобразен начин за комуникиране на стратегията в цялата организация.

Друга полза за организацията ще бъде предоставяне на анализа на информатици и информационното му обезпечаване с единен софтуерен продукт, което вече при други производствени организации и ВУЗ-ове е факт. Протичащите непрекъснати корекции на закони и наредби от 2000 година в здравеопазването доведе до натрупването на

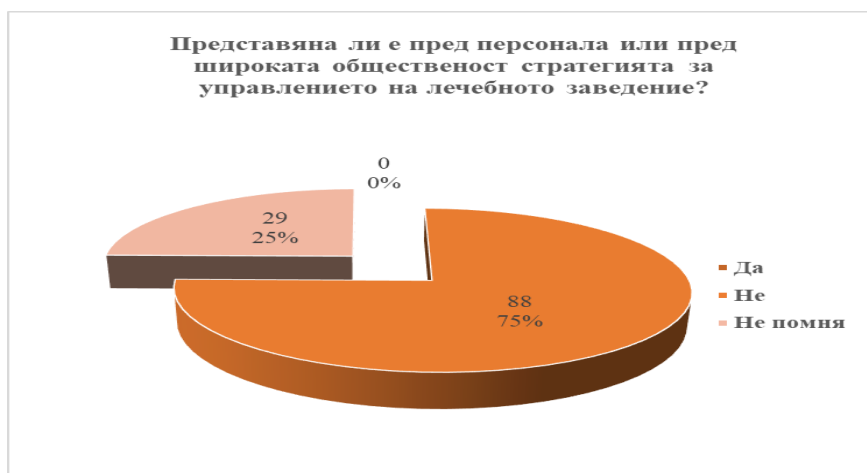
огромни ресурси от информация и данни, които здравната организация не би могла да използва рационално, т. к. за всяка своя дейност те използва различни информационни системи – за медицинската дейност и медикаментите, за счетоводната дейност, за управлението на човешките ресурси, за материали и запаси. В същото време информацията нараства лавинообразно и е необходим начин за ефективното и събиране, обработване, анализ. след което да се използва за обосновани, а не моментни управленски решения. Ръчното събиране на информация е трудоемко, а създаването на софтуерен продукт по типа на системата за балансиращи показатели- BSC ще даде възможности както за автоматично събиране и обработване на данни от различни бази данни, така и за генерирането на отчети в реално време по предварително зададени критерии. Така с ежедневно събираните реални данни, дейността ще стане прозрачна, по-малко енерго и трудоемка, а така ще се подобри и ефективността на целия трудов процес в различните му аспекти. Така също отразяване на дейностите от оперативен порядък ще улеснят пътя към постигане на основната стратегическа цел. Като цяло реализирането на подобен продукт в системата на здравната организация би довело и до повишаване на качеството и до текущ контрол върху оказваните медицински услуги в лечебното заведение.

3.2.1. ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 1 - Управление

Анализът на управлението на лечебното заведение представлява един от най-важните елементи в процеса на диагностичен анализ.

Таблица 8. Диагностична карта 1 - Въпрос №1.

Въпрос	Да	Не	Не помня
Представяна ли е пред персонала или пред широката общественост стратегията за управлението на лечебното заведение?	0	88	29



Графика 1. Диагностична карта 1 - Въпрос №1.

Към въпрос №1 в 7/седем/ от анкетните карти бе отразено, че с мениджърите от средния ешалон са споделяни устно намерения, но само от оперативен порядък.

Таблица 9. Диагностична карта 1 - Въпрос №2.

Въпрос	Да	Не	Не помня
Запознавани ли сте редовно с ежегодните финансови резултати и изпълнението на бизнес плана на лечебното заведение за следващата година?	18	91	8

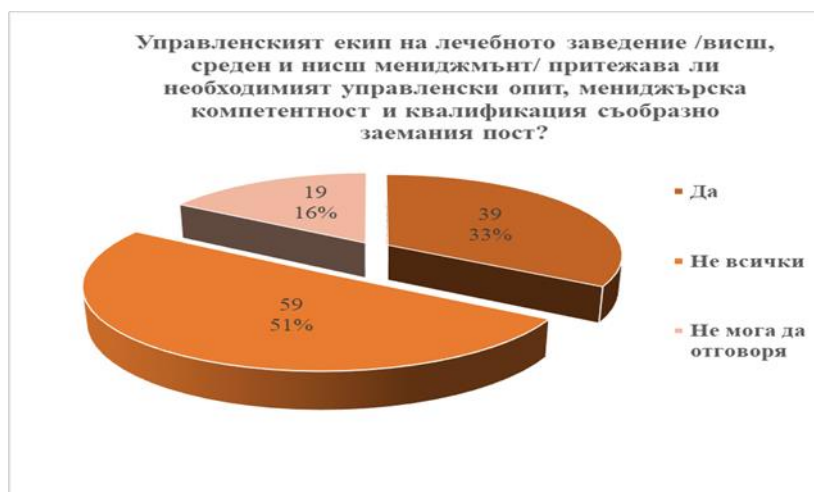


Графика 2. Диагностична карта 1 - Въпрос №2.

Към въпрос №2 в една от анкетните карти бе добавен текст, че от като е назначено на работа лицето през 2012г. не помни да е имало годишно събрание на дружеството.

Таблица 10. Диагностична карта 1 - Въпрос №3.

Въпрос	Да	Не всички	Не мога да отговоря
Управленският екип на лечебното заведение /висш, среден и нисш мениджмънт/ притежава ли необходимият управленски опит, мениджърска компетентност и квалификация съобразно заемания пост?	39	59	19



Графика 3. Диагностична карта 1 - Въпрос №3.

В свободно интервю с напуснали колетти допълваме част от необходимата ни информация. Управителят има квалификация съобразена с действащото законодателство. Има допълнително квалификация за акредитация на лечебни заведения и съавторство в учебното пособие „Здравен мениджмънт” от авторски колектив под редакцията на Л. Иванов и Ж. Големанова.

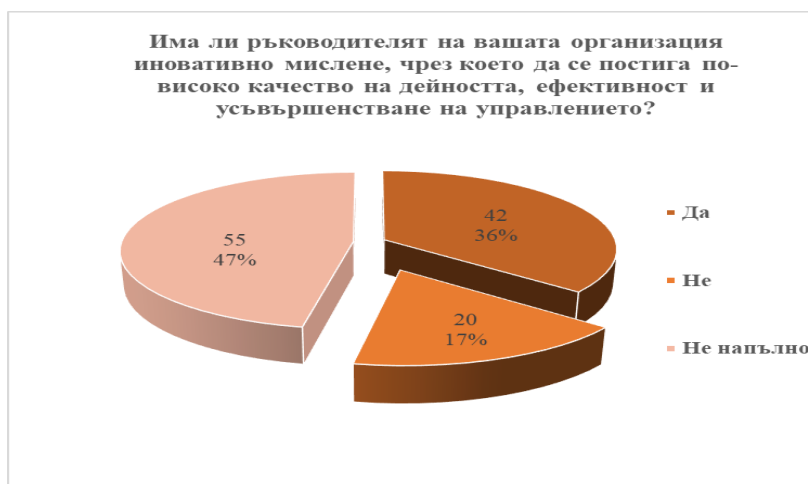
Не всички началници на отделения са с придобита квалификация по здравен мениджмънт. Но за сметка на това са перфектни оперативни работници.

Същото се отнася и за назначените старши медицински сестри.

Главната медицинска сестра е с необходимия ценз.

Таблица 11. Диагностична карта 1 - Въпрос №4.

Въпрос	Да	Не	Не напълно
Има ли ръководителят на вашата организация иновативно мислене, чрез което да се постига по-високо качество на дейността, ефективност и усъвършенстване на управлението?	42	20	55

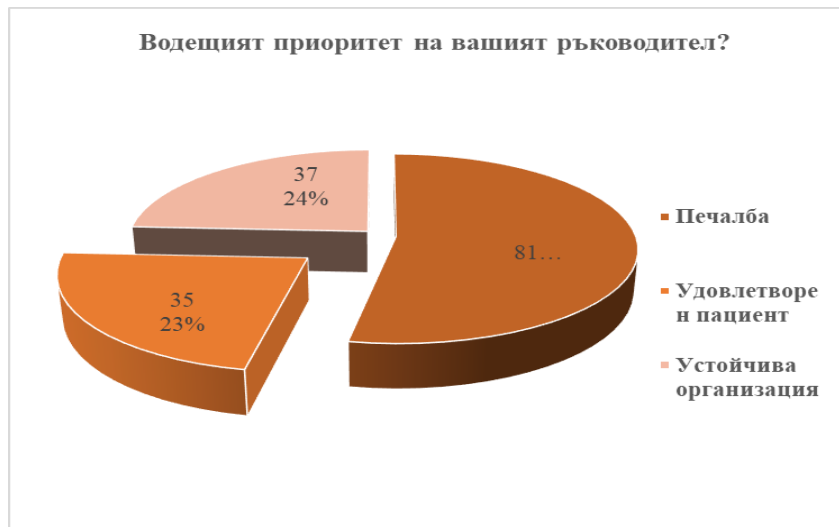


Графика 4. Диагностична карта 1 - Въпрос №4.

В една от анкетните карти бе допълнено, че се въвеждат само изискуеми от контролиращи инстанции иновации и обнародвани в Държавен вестник.

Таблица 12. Диагностична карта 1 - Въпрос №5.

Въпрос	Печалба	Удовлетворен пациент	Устойчива организация
Водещият приоритет на вашият ръководител?	81	35	37



Графика 5. Диагностична карта 1 - Въпрос №5.

Таблица 13. Диагностична карта 1 - Въпрос №6.

Въпрос <i>/Възможност за повече отговори/</i>	Еднолична власт	Споделена власт	Делегирана власт	Предприемачески	Професионален	Мотивиращ	Демотивиращ
Управленски стил на ръководителя?	91	0	19	87	29	7	77



Графика 6. Диагностична карта 1 - Въпрос №6.

Таблица 14. Диагностична карта 1 - Въпрос №7.

Въпрос	Да	Не	Не напълно
Имате ли доверие в ръководството на организацията?	37	28	52



Графика 7. Диагностична карта 1 - Въпрос №7.

Колективът не е запознаван с годишните финансови отчети повече от 5 години, както не е запознаван и със стратегията за управление на лечебното заведение. От където би могло да се предполага и намаленото доверие – само 32% от анкетиранияте имат доверие на ръководството. Едноличният и демотивиращ стил на управление, на фона на придържане изключително и само към задължителните по норматив нововъведения за организацията на работа и оборудване, без каквато и да е допълнителна инициативност допълнително задълбочава възникналите различия.

Предмет на размишления е и фактът, че ориентираният на думи стил на управление de facto доведе организацията до сериозни финансови загуби и застраши съществуването на дейност необходима на две области.

3.2.2. ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 2 - Клиенти / пациенти

Таблица 15. Диагностична карта 2 - Въпрос №1.

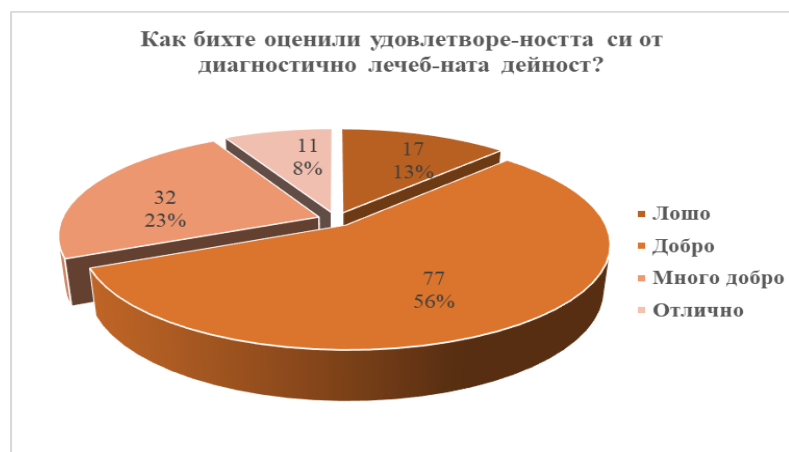
Въпрос	Да	Не	Не мога да преценя
Считате ли за уместно създаването на почин за периодично проучване на удовлетвореността на пациентите от здравните услуги на ЛЗ?	107	7	23



Графика 8. Диагностична карта 2 - Въпрос №1.

Таблица 16. Диагностична карта 2 - Въпрос №2.

Въпрос	Лоша	Добра	Много добра	Отлична
Как бихте оценили удовлетвореността си от диагностично лечебната дейност?	17	77	32	11



Графика 9. Диагностична карта 2 - Въпрос №2.

В една от анкетните карти бе отразено, че доста от познатите лица с дългогодишен стаж ги няма, а на заелите техните места е необходимо освен старание и познание.

Таблица 17. Диагностична карта 2 - Въпрос №3.

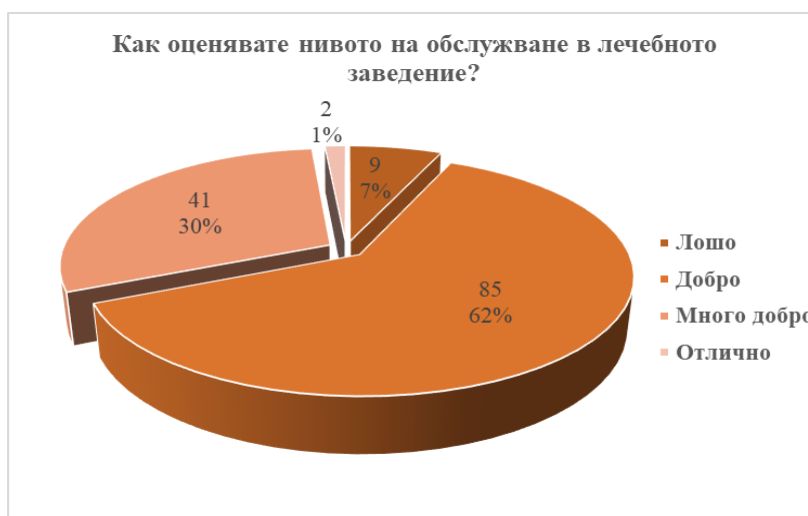
Въпрос	Да	Не	Предпочитам да замълча
Взема ли се под внимание мнението на пациентите за подобряване на обслужването?	47	21	69



Графика 10. Диагностична карта 2 - Въпрос №3.

Таблица 18. Диагностична карта 2 - Въпрос №4.

Въпрос	Лошо	Добро	Много добро	Отлично
Как оценявате нивото на обслужване в лечебното заведение?	9	85	41	2



Графика 11. Диагностична карта 2 - Въпрос №4.

Таблица 19. Диагностична карта 2 - Въпрос №5.

Въпрос <i>/Възможно е повече от 1 отговор./</i>	Липса на персонал	Липса на ефективност и загуба на време	Липса на доверие	Грубо отношение	Друга причина
Бихте ли посочили причина, заради която бихте предпочели друго лечебно заведение?	62	72	15	26	19



Графика 12. Диагностична карта 2 - Въпрос №5.

Все по-често стигаме до извода, че е необходимо фокусът да се измести върху параметри измерващи силата на създадените взаимоотношения с пациентите-клиенти /лоялност, степен на удовлетвореност, ниво на обслужване/. Те са важни не само към настоящия момент на обслужване, но и за бъдещето на организацията и се отразяват върху финансови параметри като оборот, брой клинични пътеки и процедури, процент на печалба, пазарен дял. В икономическата теория много финансови анализатори са на мнение, че тези параметри представляват част от т. нар. „верига на успеха в управлението на връзките с клиентите“.

Не бива да се забравя, че клиентите чрез създаването на общественото мнение трябва да се разглеждат както като бъдеща стойност за лечебното заведение, така и като потенциал за просперитет или провал.

3.2.3. ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 3 - Ефективност

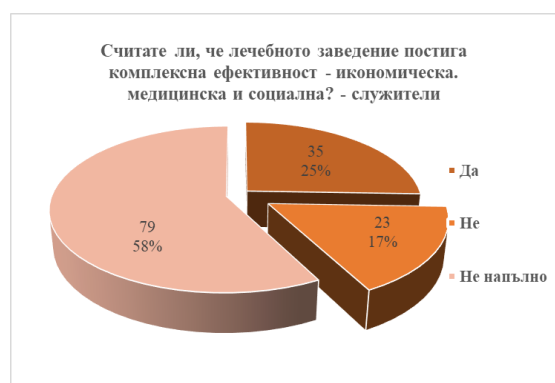
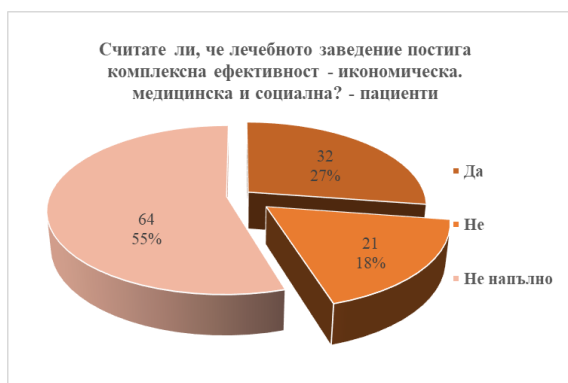
Анализът на ефективността се свързва с изпълнение на целите на лечебната организация, с удовлетвореността както на пациентите така и на персонала. Даваме си равностметка, че оценката и управлението на ефективността в здравеопазването има и комплексен характер и различни страни. Най-често се разглеждат 3 аспекта на ефективност медицинска, финансова и социална ефективност. И ако организацията е постигнала тази комплексна ефективност, то това означава, в нея има добре

детайлизирани и стиковани процесче, които осигуряват проява на гъвкавост и адаптивност спрямо промените във външната среда на лечебното заведение. Това от друга страна води до подобряване на продуктивността – вида и броя на предлаганите здравните услуги - друг показател определящ ефективността на организацията.

Как отговарят анкетираниите пациенти и служители?

Таблица 20. Диагностична карта 3 - Въпрос №1.

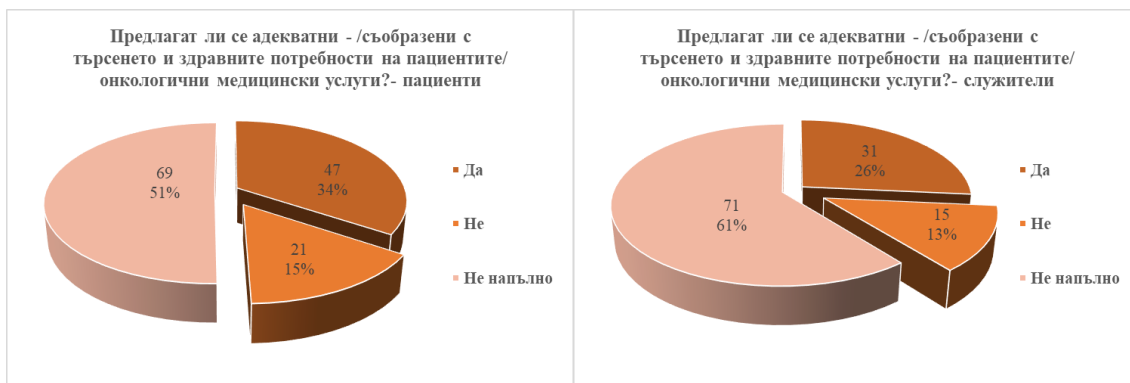
Считате ли, че лечебното заведение постига комплексна ефективност - икономическа, медицинска и социална?	Да	Не	Не напълно
Пациенти	32	21	64
Служители	35	23	79



Графика 13 и 14. Диагностична карта 3 - Въпрос №1.

Таблица 21. Диагностична карта 3 - Въпрос №2.

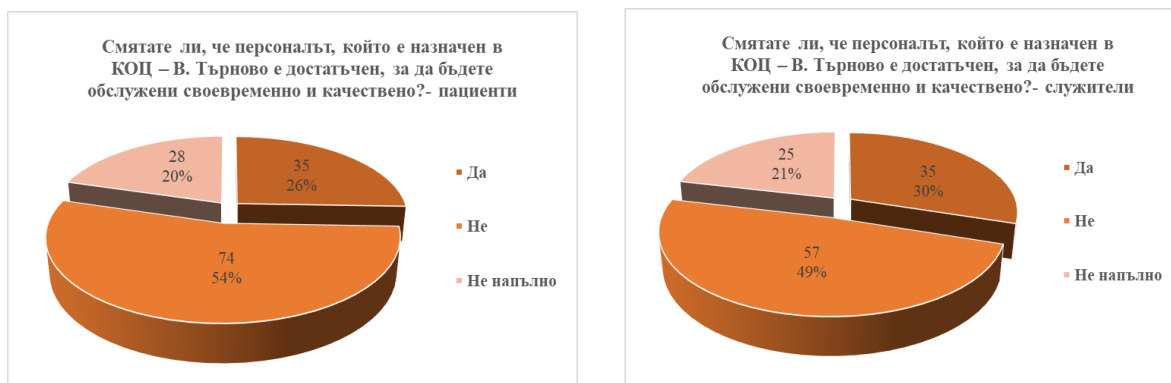
Предлагат ли се адекватни - /съобразени с търсенето и здравните потребности на пациентите/ онкологични медицински услуги?	Да	Не	Не напълно
Пациенти	47	21	69
Служители	31	15	71



Графика 15 и 16. Диагностична карта 3 - Въпрос №2.

Таблица 22. Диагностична карта 3 - Въпрос №3.

Смятате ли, че персоналът, който е назначен в КОЦ – В. Търново е достатъчен, за да бъдете обслужени своевременно и качествено?	Да	Не	Не напълно
Пациенти	35	74	28
Служители	35	57	25



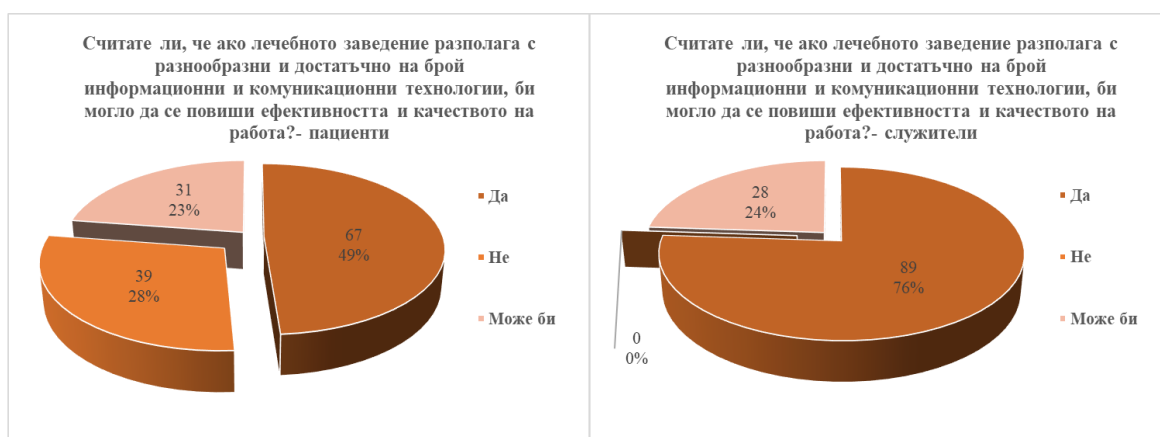
Графика 17 и 18. Диагностична карта 3 - Въпрос №3.

Въпросът с броя служители, компетентност и ефективност са взаимно обвързани. Както некомпетентните служители, така и намалената бройка биха могли да повлияят ефективността. От друга страна колективът дори и при намален състав за определен период от време би могъл да работи ефективно при наличен екипен дух и липса на вътрешни междуособици. Както е валиден и обратния вариант- при достатъчен брой

служители, но при липса на екипен дух и налични междуособици да страда ефективност в дейността.

Таблица 23. Диагностична карта 3 - Въпрос №4.

Считате ли, че ако лечебното заведение разполага с разнообразни и достатъчно на брой информационни и комуникационни технологии, би могло да се повиши ефективността и качеството на работа?	Да	Не	Може би
Пациенти	67	39	31
Служители	89	0	28

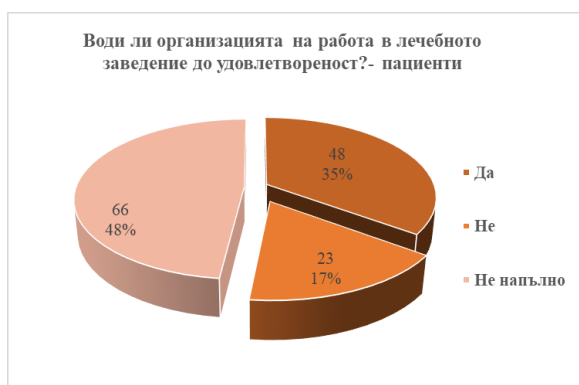


Графика 19 и 20. Диагностична карта 3 - Въпрос №4.

Единодушно е мнението, че ако комуникационните технологии бъдат увеличени ще се подобри ефективността на работа. Не бива обаче да се пренебрегва и възрастовата категория на персонала и необходимостта от компютърна грамотност, от където може би и решението на ръководството да не увеличава информационните технологии в ежедневната работа.

Таблица 24. Диагностична карта 3 - Въпрос №5.

Води ли организацията на работа в лечебното заведение до удовлетвореност?	Да	Не	Не напълно
Пациенти	48	23	66
Служители	58	19	40



Графика 21 и 22. Диагностична карта 3 - Въпрос №5.

Ефективността в лечебната организация не е на необходимото ниво. До голяма степен това е обусловено от тежест, намален брой на служителите, възрастова категория на работещите, липса на достатъчно комуникационни технологии, които да улесняват процеса на работа на и без това намаляция по численост колектив. Липсата на ефективност установена и от пациенти и от служители е една от причините и за демотивирани служители.

3.2.4. ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 4 - Медицинска перспектива

Таблица 25. Диагностична карта 4 - Въпрос №1.

Считате ли, че КОЦ-В. Търново в този вид има медицинската перспектива?	Да	Не	Не мога да преценя
Пациенти	69	9	59
Служители	50	0	67



Графика 23 и 24. Диагностична карта 4 - Въпрос №1.

В една от анкетните карти служител бе отговорил, че никога не е разбирал начина на управление и счита за нелогични част от управленските решения, ако не се преследват други скрити цели. Фактът, че нито един служител не е отговорил, че КОЦ няма перспектива показва мъдрост обусловена от реалностите на живота.

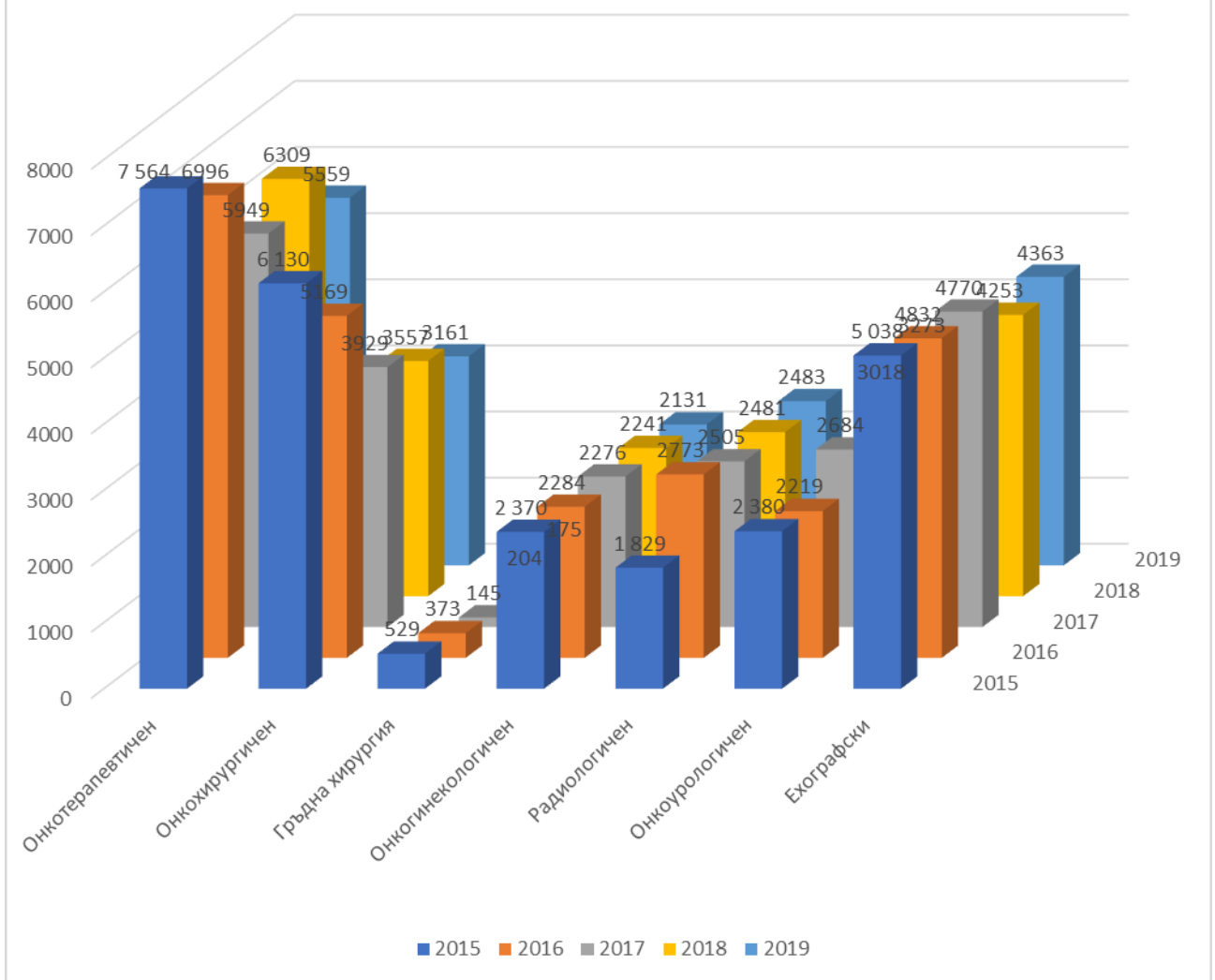
За да сме абсолютно обективни в преценката си е необходимо да разгледаме обемът на медицинска дейност в лечебното заведение в частта му, както за ДКБ /Диагностично консултативен блок/, така и за стационара и да отговорим какви са тенденциите и измененията. За това ще помогнат и пет годишните данни на болничните показатели - използваемост на леглата, оборот на леглата, среден престой в болницата и оперативна активност.

Таблица 26. ОТЧЕТ за прегледите в специализираните кабинети на ДКБ за периода 2015 - 2019 год. в “КОЦ -В. Търново” ЕООД.

№	Консултативни кабинети	2015	2016	2017	2018	2019
1.	Онкотерапевтичен	7564	6996 -568	5949 -1047	6309 +360	5559 / -750 Общо - 2005 = -0. 27%
2.	Онкохирургичен	6130	5169 -961	3929 -1240	3557 -372	3161 / -396 -2969 = -0.

						48%
3.	Гръдна хирургия	529	373 -156	145 -228	204 +59	175/-29 -354 = -0. 67%
4.	Онкогинекологичен	2370	2284 -86	2276 -8	2241 -35	2131 /-110 -239 = - 10%
5.	Радиологичен	1829	2773 +944	2505 -268	2481 -24	2483/+2 +654 = +0. 35%
6.	Онкоурологичен	2380	2219	2684	3018	3273/ +893 = +0. 37%
7.	Ехографски	5038	4832	4770	4253	4363 -675 = -0. 13%

**ОТЧЕТ за прегледите в специализираните кабинети на
ДКБ за периода
2015 - 2019 год. в “КОЦ -В.Търново” ЕООД.**



Графика 25. Диагностична карта 3 - ОТЧЕТ за прегледите в специализираните кабинети на ДКБ за периода 2015 - 2019 год. в “КОЦ -В. Търново” ЕООД.

Анализът на отчетите сочи като цяло спад на пациентите от почти всички кабинети с изключение на тези от урологичен кабинет. Сумирайки пациентите от кабинетите без ехографски, т. к. той е част от общият диспансерен преглед и не е остойностен отделно стигаме до следния извод. Ако общият брой пациенти през 2015г. е бил 20802. то през 2019г. - 16782, или това са с 4020 пациента по-малко. Това за

изминалите години са 522 600лв. по-малко, като се има предвид, че стойността на амб. процедура №7 за диспансерно наблюдение на онкологичен пациент е 130лв.

Значителният спад /- 2005бр. / на пациентите от терапевтичен кабинет обясняваме с факта на напусналия началник отделение, като същият е вече отново началник в Онкотерапевтично отделение на МОБАЛ гр. Габрово, а КОЦ-В. Търново обслужва и тази област.

Пациентите на онкохирургичен кабинет са намалели два пъти, което обаче не корелира с пролежалите в стационара бройки, което ни навежда на мисълта за евентуален спад в доверието, пропуски в обслужването или в качеството на обслужване.

Значителен е и спадът на пациенти в кабинета по гръдна хирургия, което обясняваме с дългото отсъствие по болест на единствения колега гръден хирург.

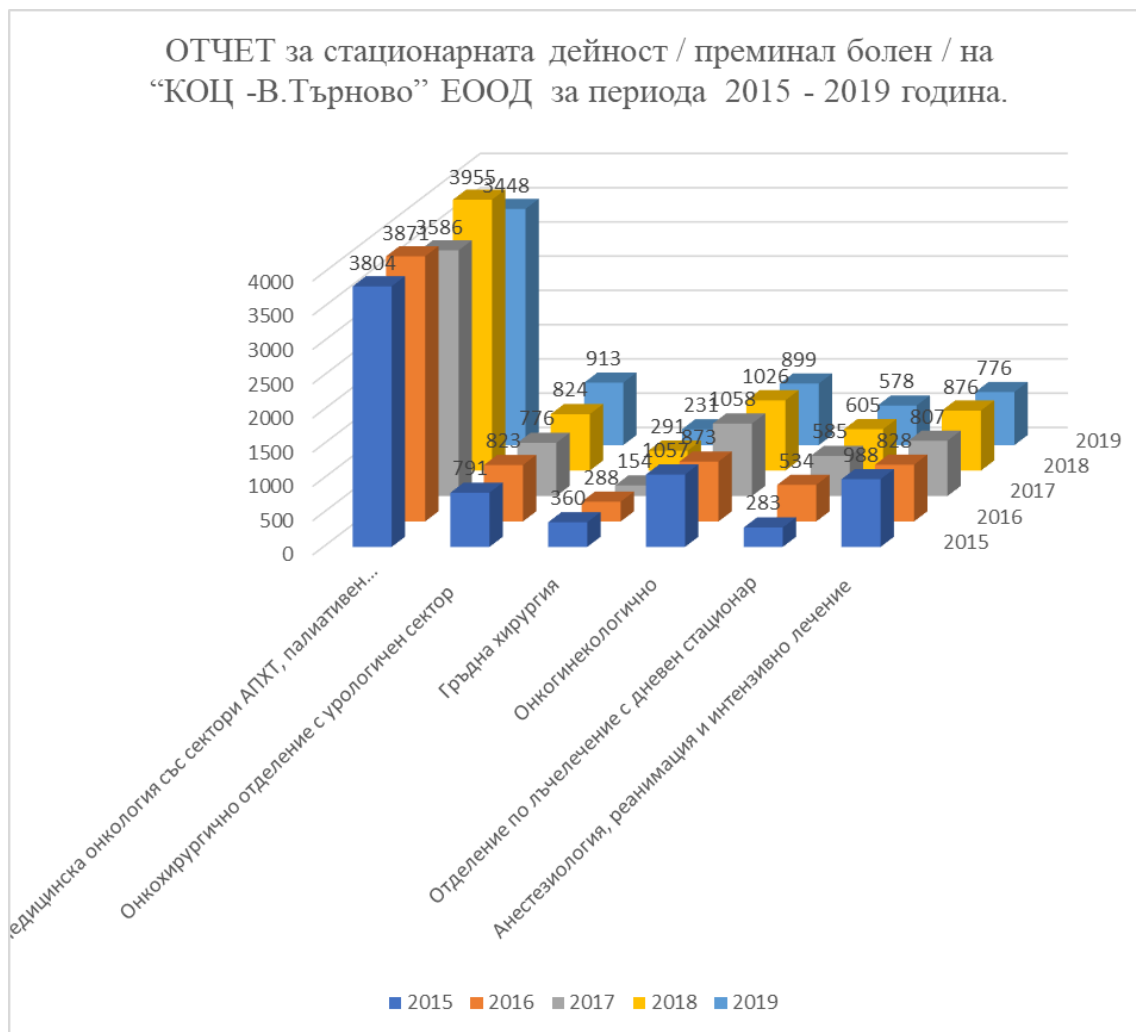
Спад бележат онкогинекологичен и ехографски кабинети.

Първоначалното покачване на пациентите в радиологичен кабинет след дългоочакваното въвеждане на линейния ускорител в следващите години показва спад. Това отново е предмет за размисъл относно качеството на обслужване и взаимоотношенията с пациентите. Не бива да се забравя и факта, че пациентът върви след лекаря и не малка част предпочитат да заминат при напусналите колеги от радиологично отделение в КОЦ-Бургас, единият от които отново е началник на Радиологично отделение.

Увеличението на пациентите в урологичен кабинет в последните години показва устойчива тенденция и се дължи както на добрите уролози, така и на факта, че в алгоритъма на лечение се използват скъпоструващи хормонални препарати, които се получават по адресна регистрация.

Таблица 27. ОТЧЕТ за стационарната дейност / преминал болен / на “КОЦ -В. Търново” ЕООД за периода 2015 - 2019 година.

№	Стационарно отделение	2015	2016	2017	2018	2019
1.	Медицинска онкология със сектори АПХТ, палиативен и хематологичен	3804	3871 +67	3586 -285	3955	3448
2.	Онкохирургично отделение с урологичен сектор	791	823	776	824	913
3.	Гръдна хирургия	360	288	154	291	231
4.	Онкогинекологично	1057	873	1058	1026	899
5.	Отделение по лъчелечение с дневен стационар	283	534	585	605	578
6.	Анестезиология, реанимация и интензивно лечение	988	828	807	876	776



Графика 26. ОТЧЕТ за стационарната дейност / преминал болен / на “КОЦ -В. Търново” ЕООД за периода 2015 - 2019 година.

Анализът на стационарните показатели като цяло сочи спад на пациентите. Увеличените бройки в Радиологично отделение след 2015г. обясняваме с внедрената нова лъчетерапевтична апаратура, а в хирургично отделение с новоназначен колега. Фактът обаче, че отделението по анестезиология и реанимация е също с намален брой преминали болни ни навежда на мисълта, че увеличените по брой преминали болни в хирургично отделение са с по-малки по сложност оперативни намеси, които същевременно са неонкологични, видно от нарастване на малките и неонкологични операции.

Таблица 28. Болнични показатели

Показател	БП/О	2015	2016	2017	2018	2019	
Брой преминали болни	БП	6915	5412	5578	5650	5982	
	О	5345	5578 +233	5286 -292	5837 +551	5331 -506	-14
Брой пролежани леглодни	БП	20100	16428	26897	27000	27500	
	О	16905	26897 +9992	22681 -4216	26553 +3872	25458 -1095	+8553
Оборот на 1 легло	БП	33, 57	26. 27	29. 98	30. 38	32. 16	
	О	25, 95	29. 98 +4, 03	28. 42 -1, 5	31. 38 +2, 96	28. 66 -2, 72	+2. 77 ср. об. 28, 8
Средна продължителност на престоя	БП	2, 91	3. 04	4. 82	4. 78	4. 60	
	О	3, 16	4. 82	4. 29	4. 55	4. 77	66%
Използваемост на 1 легло в дни	БП	97, 69	79. 74	147	145	148	
	О	82, 06	144. 61	121. 94	142. 76	136. 87	60%

Поради значителни загуби на дружеството през 2015г. назначеният одит констатира, че се касае за „изключително рисково управление на капитала на дружеството”. Следва намаление на броя леглата от 206 на 186. Поради това в таблицата наблюдаваме занижени някои от показателите в бизнес плана за 2016г.

При намален брой пациенти с 14, увеличени с 8553 пролежани леглодни би могло да се разсъждава както за медицинската перспектива, така и за кономическата ефективност на лечебното заведение.

Таблица 29. Оперативна активност на Онкогинекологично отделение

ВИД	2015	2016	2017	2018	2019
Мн. голяма	158/30%	132/30%	133/25%	132/26%	125/28. 1%
Голяма	50/9%	46/11%	62/11%	63/12%	42/9. 4%
Средна	319/61%	257/59%	330/62%	321/62%	278/62. 5%
ОБЩО	527	435	525	516	445

Оперативната активност на Онкогинекологично отделение за изследваните пет години е намаляла с 82 пациенти, като процентното съотношение на различните по обем интервенции не е значимо нарушено с изключение на последната година, където освен значимо намаление със 71 пациента от предходната година с 0, 5% са завишени средните оперативни намеси за сметка на намалени големи, но пък увеличен процент на много големите онкологични интервенции.

Таблица 30. Оперативна активност на Отделение гръдна хирургия

ВИД	2015	2016	2017	2018	2019
Мн. голяма	18/7%	12/6%	4/4%	34/17%	6/0, 04%
Голяма	61/26%	54/27%	22/22%	90/46%	47/0, 30%
Средна	65/28%	55/28%	38/39%	11/05%	51/0, 33%
ФБС	87/37%	76/39%	34/35%	60/30%	51/0, 33%
ОБЩО	231	197	98	195	155

В отделението по гръдна хирургия като цяло може да се отчете спад на пациентите от 2015г. със 76, като съотношението глеми : средни : малки оперативни интервенции за последната година 1:1:1 и значителен спад на големите оперативни

намеси. До голяма степен обяснението се крие в здравословното състояние на единствения гръден хирург в работоспособна възраст.

Таблица 31. Оперативна активност на Хирургично отделение

ВИД	2015	2016	2017	2018	2019
Млечна жлеза секторални/радикални	184=c119/ p65	173=c106/ 67	135=c81/ p54	150=c84/ p66	149=c72/ p77
Ректум	23	17	17	14	28
Д. Черво	28	24	16	25	24
Други онкологични	176	139	90	97	115
Хернии	2	1	6	5	35
Др. неонкологични	5	9	62	77	148
Урологични	37	61	148	160	125
ОБЩО	455	424	474	528	624

При анализ на оперативната активност в онкохирургично отделение за изминалите пет години прави впечатление следното :

1. Устойчива тенденция за увеличаване на общият брой оперативни интервенции с 169 пациента.

2. Операциите на млечните жлези като цяло са намалели с 35, а процентното съотношение от 40% е 24%, което може да обясним с напускането на млад хирург, който за кратко време се хабилитира и вече доцент отнема част от човекопотока.

3. Увеличен е броя на оперативно лекуваните хернии от 2 на 33 и на други неонкологични заболявания от 5 на 148 пациента. Това обясняваме с постъпване на друг млад колега хирург работил до момента само обща хирургия. Процентното съотношение на тези два вида интервенции нараства от 1% на 29%, като и съответно те са 29% от общият брой на общо извършените операции. а като обем са със среден и малък обем на сложност.

4. Със закупуването на нов видеоцистоскоп ръст бележат и урологичните интервенции от 37 на 160, но през последната година и те бележат спад на 125.

5. Ако направим анализ на средната натовареност на лекар при този брой интервенции и съответния състав резултатът е следния:

В онкогинекологично отделение работят 4 лекари, от които 2 с придобита една специалност, а 2 и с втора специалност клинична онкология. $527/4=132.75$ пациента на лекар за 2015 година. $445/4=111.25$ пациента на лекар за 2019 година.

В Отделение гърдна хирургия работи един колега с придобита втора специалност гърдна хирургия. При условие на здравословен проблем натовареността за 2019г. е 155 пациента.

В онкохирургия работят пет хирурга двама уролози и управителят на лечебното заведение също хирург общо 8. Ако не смятаме управителя, който е административно ангажиран $455/7=67$ пациента на лекар за 2015 година. $624/7=89$ пациента на лекар за 2019 година. Дори и при значително увеличения брой оперативни намеси средната натовареност на лекар е под 100 пациента за година.

3.2.5. ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 5 - Финансова перспектива на здравната дейност

В следващите таблици ще се представят приходите и разходите за дружеството през обследвания 5 годишен период и съответните произтичащи от резултатите разсъждения.

Таблица 32. Приходи

ПОКАЗАТЕЛИ/хил. лв. /		2015	2016	2017	2018	2019
1. Приходи от продажба на услуги	БП	7545	6661	7650	11200	11781
	О	6033	7431	9523	11615	13027
-по договор с РЗОК	БП	7423	6544	7500	11000	11500
	О	5856	7237	9364	11329	12717

-потребителска такса	БП	12	12	8	9	11
	О	9	8	9	10	9
-платени услуги	БП	70	52	40	35	29
	О	38	35	26	28	33
-други приходи	БП	40	53	102	156	241
	О	130	151	124	248	268
2. Приходи от финансираня	БП	0	0	0	0	0
	О	48	0	48	48	0
ОБЩО ПРИХОДИ	БП	7545	6661	7650	11200	11781
	О	6081	7431	9571	11663	13027

Приходите за наблюдавания период 2015-2019г. нарастват два пъти от 6081х. лв. - 13027х. лв.

И както ще видим на следващата таблица разходите следват същата логика.

Таблица 33. Разходи

ПОКАЗАТЕЛИ/хил. лв. /		2015	2016	2017	2018	2019
1. Разходи за материали	БП	3445	3187	3684	6436	6943
	О	3375	3711	5749	7055	8476
2. Разходи за външни услуги	БП	490	403	445	800	920
	О	477	463	789	1007	1027
3. Разходи за амортизации	БП	370	576	580	600	604
	О	323	573	585	598	601
4. Разходи за възнаграждения	БП	2660	1990	2400	2564	2680
	О	1990	2114	2285	2432	2710
5. Разходи за осигуровки	БП	505	384	480	560	586
	О	375	398	440	482	534

6. Други разходи	БП	50	54	5	150	3
	О	46	83	18	3	4
7. Финансови разходи	БП	5	62	50	83	42
	О	99	90	150	88	77
8. Извънредни разходи	БП	4	3	1	4	0
	О	0	0	0	0	0
ОБЩО РАЗХОДИ	БП	7529	6659	7640	11110	11778
	О	6685	7432	10016	11665	13429

Таблица 34. Краткосрочни задължения към 31. 12

ПОКАЗАТЕЛИ/хил. лв. /	2015	2016	2017	2018	2019
Краткосрочни задължения към 31. 12	2828х.	2735х. ↓	3514х. ↑	3208х. ↓	3690х. ↑

Критерии по които се оценява финансовото състояние на организацията :

1. Съотношението на размерът на разходите за лекарства и медицински консумативи към общите разходи, което не бива да превишава 35%!

Таблица 35. Отношение на разходите за лекарства и медицински консумативи за болничната дейност към общите разходи на организацията:

ПОКАЗАТЕЛИ/хил. лв. /	2015	2016	2017	2018	2019
Общо разходи	6685	7431	10016	11665	13429
Разходи за дейността	3051	3495	5562	6891	8281
Процентно съотношение	45. 63%	47. 03%	55. 53%	59. 07%	61. 69%

2. Отношението на приходите към разходите (коэффициент на ефективност на разходите) да не е по-малък от 0, 98!

Таблица 36. Отношението на приходите към разходите:

ПОКАЗАТЕЛИ/хил. лв. /	2015	2016	2017	2018	2019
Общо приходи	6081	7431	9571	11663	13027
Разходи за дейността	6685	7432	10016	11665	13429
Процентно съотношение	0, 90	0, 99	0, 95	0, 99	0, 97

3. Коефициент на абсолютна ликвидност - отношението на паричните средства към краткосрочните задължения да не е по-малък от единица!

Таблица 37. Отношението на паричните средства към краткосрочните задължения:

ПОКАЗАТЕЛИ/хил. лв. /	2015	2016	2017	2018	2019
Общо приходи	6081	7431	9571	11663	13027
Краткосрочни задължения	2828х.	2735х.	3514х.	3208х.	3690х.
Процентно съотношение	2, 15	2. 71	2, 72	3, 63	3, 53

4. Коефициент на задлъжнялост - размер на просрочените задължения, в % от общите разходи за дейността. Наличие на просрочени задължения към доставчици към 31 декември на отчетната година не бива да превишава 0, 1 на сто от общите разходи за дейността на финансовата година!

Таблица 38. Отношение на просрочените задължения към общите разходи:

ПОКАЗАТЕЛИ/хил. лв. /	2015	2016	2017	2018	2019
Краткосрочни задължения	2828х.	2735х.	3514х.	3208х.	3690х.
Разходи за дейността	6685	7432	10016	11665	13429
Процентно съотношение	0. 42	0. 37	0. 35	027	0. 27

Таблица 39. Процент на разходите за работни заплати от общите приходи

Показател	2015г.	2016г.	2017г.	2018г.	2019г.
Ср. мес. бр. р. з.	801лв.	880.76лв.	1045лв.	1165лв.	1161лв.
Заплати	1990	2114	2285	2432	2710
Осигуровки	375	398	440	482	534
Приходи	6081	7431	9571	11663	13027
% без осиг.	32,7%	28,4%	23,8%	20,8%	20,8%
% с осиг.	38,8%	33,8%	28,4%	24,9%	24,9%

Съгласно НРД 2020, чл. 368, ал. 10 „Ръководителите на лечебните заведения, изпълнители на БМП, използват не по-малко от 50 % от приходите от медицински дейности на лечебното заведение (КП/АПр/КПр) за разходи за персонал. Изключение за използването на посочения процент се допуска единствено след разрешение на министъра на здравеопазването въз основа на мотивирано искане от ръководителя на лечебното заведение. ”

Таблица 40. Съотношение на разходите за работни заплати към общите разходи

Показател	2015г.	2016г.	2017г.	2018г.	2019г.
Средна мес. бр. р. з.	801лв.	880.76лв.	1045лв.	1165лв.	1161лв.
Разход за работни заплати	1990	2114	2285	2432	2710
Разходи	6685	7432	10016	11665	13429
%	0.30	0.28	0.22	0.20	0.20

Ако числовите изражения говорят за увеличение на заплатите, процентните говорят съвсем друго - покупателната способност на персонала намалява, докато процентното изражение на външните услуги на 6685000лв. и на 13429000лв. през последните 5 години са почти константа - 0.07.

Таблица 41. Съотношение на разходите за външни услуги към общите разходи

Показател	2015г.	2016г.	2017г.	2018г.	2019г.
Разход за външни услуги	477	463	789	1007	1027
Разходи	6685	7432	10016	11577	13429
%	0.07	0.06	0.08	0.08	0.07

Таблица 42. Разходи за лихви по търговски взаимоотношения, данъчни лихви, лихви по съдебни споразумения, съдебни разноски

Показател	2015г.	2016г.	2017г.	2018г.	2019г.
Лихви търг. взаим.	62629,92	63964,44	59 941,55	40 701,68	25 833
Данъчни лихви	31 919,93	18036,91	85 750,58	43 181,71	46314
Лихви НАП	-	-		122,54	107
Съдебни разноски		42622,33			
Общо	94 549,85	124 623,68	145 692,13	84005,93	72 254

3.2.6. ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 6 - Служители

За тази диагностична карта информация черпим, както от ГФО за последните 5 години, така и от анкетното проучване. Отговорите които трябва да намерим е относно брой, квалификация, развитие, атестация, мотивация.

Назначаването на кадрите се извършва от управителя, като при подбора участват началниците на отделения, главната медицинска сестра, старшите медицински сестри, членове на управителния съвет на съответните организации. Планиране и предварителна заявка за необходимите квалификационни курсове в системата на РЗИ не се прави.

Ежегодно управителят съгласно чл. 90 от раздел IV на КТ и ЗЛЗ определя длъжностите които се заемат с конкурс, но поради изразения кадрови дефицит в последните 5 години такъв не е обявяван.

В акредитационния доклад е отразено «Спектърът на разкритите специалности съответства на функциите на диспансера като междуобластно лечебно заведение. В него се осъществяват дейности по диагностика и лечение на заболявания, диагностика и консултации, поискани от лекар от други лечебни заведения, клинични изпитвания на лекарства и медицинска апаратура, съгласно действащото в страната законодателство, описани в разрешението за дейност № МД-89/06. 02. 2001 г. «

Таблица 43. Проследяване на обща численост на персонал през годините (*Средно списъчен състав*)

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020/9м
227	237	252	264	238	220	211	202	199	193	187	190	170

Считано спрямо 2008г. служителите са намаляли с 57, но считано спрямо най-добрия период -2011г., когато служителите са били 264, разликата е 94 човека по-малко.

Таблица 44. Средна численост на персонала по категории през обследвания период 2015г. -2019г.

Средно списъчен състав	2015	2016	2017	2018	2019	2020/9м
	202	199	193	187	190	170
Висш медицински персонал	33	31	33	34	31	
Висш немедицински персонал	12	13	13	13	12	
Специалисти по здравни грижи	98	97	88	88	91	
Друг персонал	59	58	59	52	56	

Таблица 45. Прогнозни и отчетни стойности на числеността на персонала в съответните три-, шест-, девет- и дванадесет месечни отчети към ОБС-В. Търново за периода от 2015 до 2020 година

Отчет	2015	2016 -5	2017 -8	2018 -12	2019 +2	2020 -25
3м.	234/ 209	204/199	201/195	199/195	188/190	195/192
6м.	227/ 205	206/201	201/194	199/191	188/188	196/190
9м.	229/ 206	201/198	201/193	199/189	188/189	195/170
12м.	230/ 202	205/199	201/193	199/187	188/190	-64/-39

В тази таблица са отразена прогнозни и отчетни стойности на числеността на персонала така както се намира в съответните три-, шест-, девет- дванадесет месечни отчети към ОБС-В. Търново. През 2015г. завършваме годината с 32 човека по-малко от необходимо прогнозираните, а след 5 години тази стойност е два пъти повече-64 човека. При наличен състав от 209 човека за първо тримесечие на 2015г, в края на трето тримесечие на 2020г. останалият наличен състав е 170 човека.

Таблица 46. Диагностична карта 6 - Въпрос №1.

Въпрос	Да	Не	Не ми е известно
Имате ли организирана система за проследяване нивото на квалификация на персонала?	0	38	79



Графика 27. Диагностична карта 6 - Въпрос №1.

Таблица 47. Диагностична карта 6 - Въпрос №2.

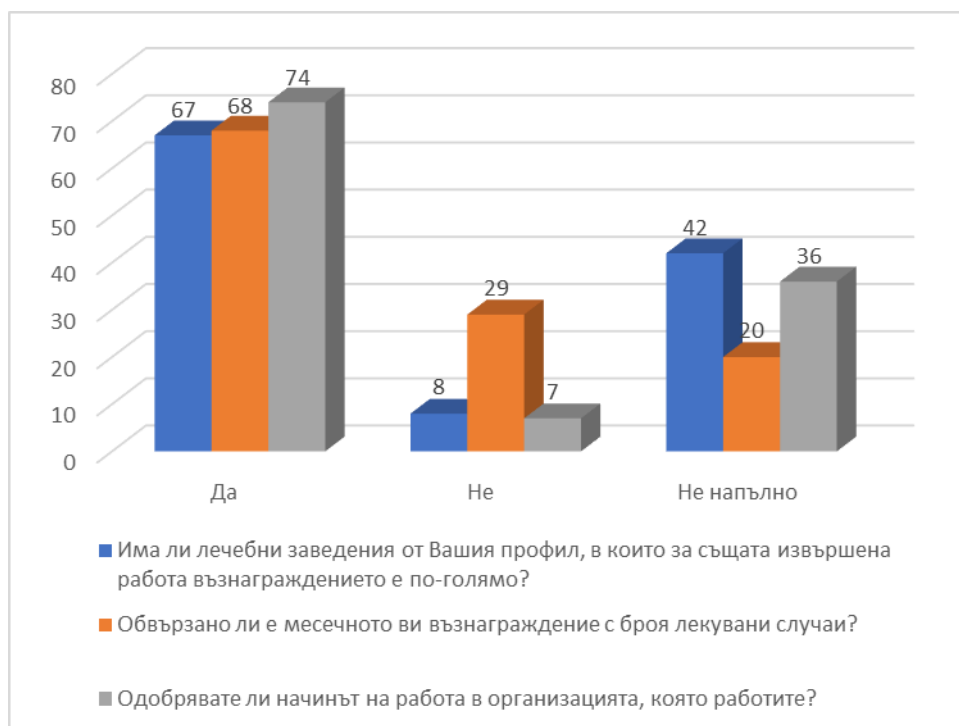
Въпрос	Да	Не	Не напълно
Има ли лечебни заведения от Вашия профил, в които за същата извършена работа възнаграждението е по-голямо?	67	8	42

Таблица 48. Диагностична карта 6 - Въпрос №3.

Въпрос	Да	Не	Не напълно
Обвързано ли е месечното ви възнаграждение с броя на лекуваните случаи?	68	29	20

Таблица 49. Диагностична карта 6 - Въпрос №4.

Въпрос	Да	Не	Не напълно
Одобрявате ли начинът на работа в организацията, която работите?	74	7	36



Графика 28. Диагностична карта 6 - Въпроси №2, 3 и 4.

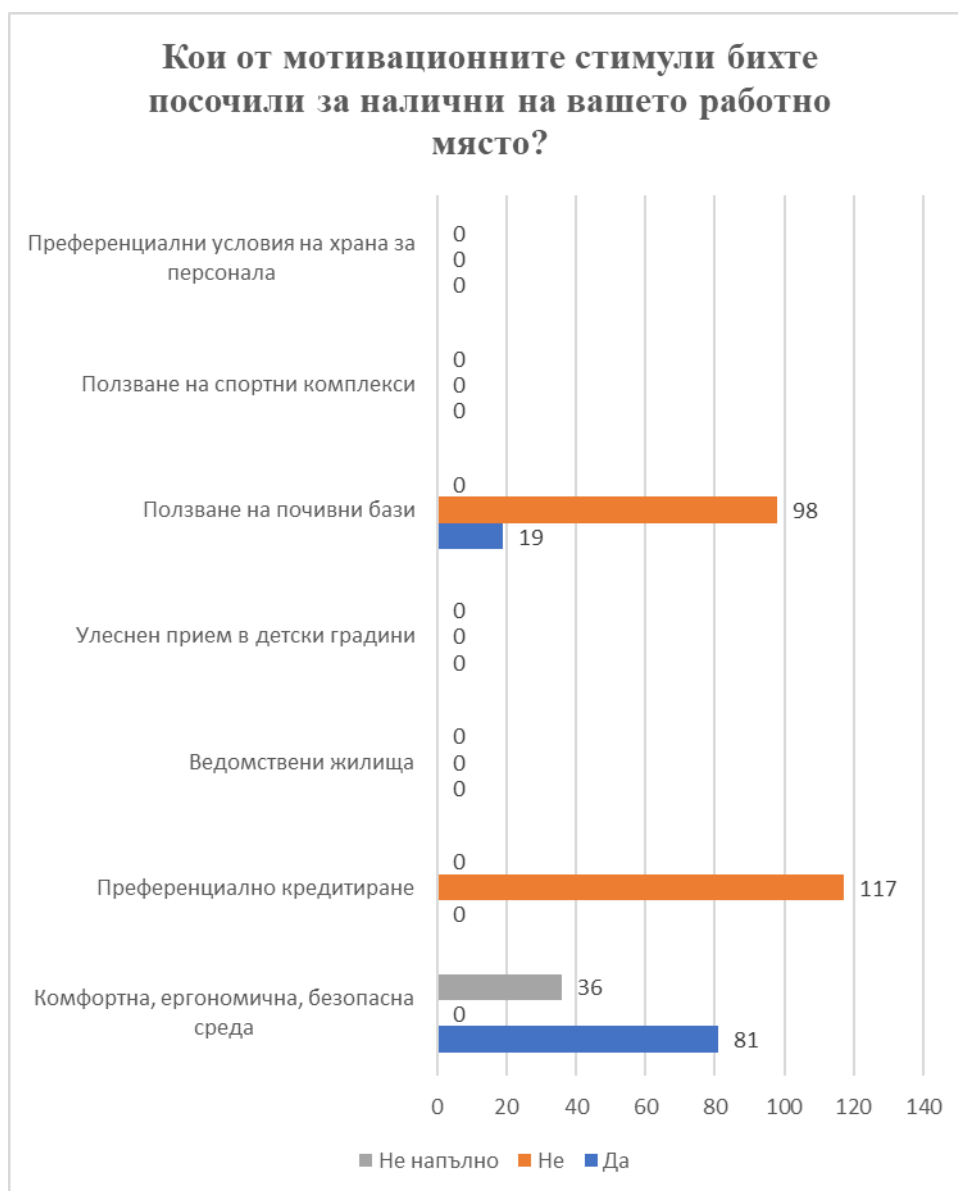
Таблица 50. Средно месечна брутна работна заплата в „КОЦ – Велико Търново“ ЕООД за периода 2015 – 2020 година

2015	2016	2017	2018	2019	2020
801лв.	880.76лв.	1045лв.	1165лв.	1161лв.	1274лв./9м.

Таблица 51. Диагностична карта 6 - Въпрос №5.

Кои от мотивационните стимули бихте посочили за налични на вашето работно място?	Да	Не	Не напълно
Комфортна, ергономична, безопасна среда	81	0	36
Преференциално кредитиране	0	117	0
Ведомствени жилища	0	0	0
Улеснен прием в детски градини	0	0	0

Ползване на почивни бази	19	98	0
Ползване на спортни комплекси	0	0	0
Преференциални условия на храна за персонала	0	0	0



Графика 29. Диагностична карта 6 - Въпрос №5.

Проследявайки средна численост на персонала през годините установяваме най-висока численост през 2010г. и 2011г. – съответно 252 и 264 човека. Поради осезаемите

загуби след 2015г. процесът по намаляне на средносписъчният състав продължава. От 2015 година реално има недостиг на персонал, като тази тенденция може да се каже е не само устойчива, но и ескалираща за последващите 5 години. Въпреки че в ГФО на 2019г. четем: „Взети са управленски решения по ограничаване на текучеството на наетият персонал, а от там и до снижаване на разходите от обезпечителен характер” след първото полугодие на 2020г., подпомогнати и от „COVID-19” обстоятелствата, се взе ново, еднолично управленско решение за структурна реформа изразяваща се в обединение на всички оперативни структури-отделението по гръдна хирургия, онкогинекологично и онкохирургично отделение с прилежащия му урологичен сектор. Както обикновено не беше дадена възможност на средния управленски ешалон за мнение, не се осъществи допитване до персонала или възможност за обсъждане. Поради хетерогенното естество на работа микроклиматът се влоши, удовлетвореността на служителите като цяло и по звена значително намаля и част от персонала напусна. Така за деветмесечието на 2020г. се отчита най-малкия брой персонал от 170 служители, които са с близо 100 човека по-малко.

Осигуреността с човешки ресурси се решава в оперативен порядък от управителя и началниците на отделения за висшия персонал и от управителя, главна и старши медицински сестри за останалия персонал. През последните пет години се оформя трайна тенденция компетентен и квалифициран персонал да напуска лечебното заведение, а замяната му да става с друг, некомпетентен за целта. Това се отразява на качеството, на ефективността, на финансовия резултат и на просперитета на ЛЗ. Система за атестация на персонала не функционира, а заплащането в ЛЗ е по-ниско то това за други КОЦ в РБългария. Средната работна заплата макар в цифрово изражение да нараства, като процент намалява от общите приходи. Намалената покупателна способност на наличния персонал допълнително задълбочава процесите. Липсата на мотивационни механизми и уважение към персонала понякога е само „капката”, която прелива чашата и е решаваща за радикални решения от страна на персонала. А информираното общество и новозавършилите кадри са демотивирани да постъпят на работа при такива условия.

3.2.7. ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 7 - Капацитет / Ресурси

От особено значение в тази диагностична карта са въпроси като капацитет, обезпеченост и икономичност.

Капацитетът на лечебното заведение е съвкупността от сгради, апаратура и оборудване, компютърни технологии, консумативи, материали и други, чрез които то реализира дейността си. Технологичните ресурси са не само изключително скъпи и най-скъпите, но и много бързо развиващи се ресурси в ЛЗ, което води до все по-нарастващия дял на разходите за здравеопазване и в световен мащаб. От друга страна реалната демографска действителност и необходимостта от скъсяване на престоя в лечебните заведения водят до необходимостта от интензифициране на грижите, а това предполага непрекъснат процес на технологични иновации и въвеждане на нови диагностични и лечебни средства. Под обезпеченост се разбира анализ на потенциала на лечебното заведение – сграден фонд, инфраструктура, апаратура и оборудване, информационна система, материали, чрез които се извършва основната дейност. Икономичността е свързана с ресурсите необходими за дейността и направените за тях разходи като цели тяхното рационализиране (минимизиране).

За да набавим необходимата информация относно ключовите показатели в тази диагностична карта ще използваме информация както от годишните финансови отчети през изминалите пет години, така и от мнението на пациентите на КОЦ-В. Търново, с което ще се придобие представа както за обезпечеността, така и за ефективността, която се постига при тази наличност.

А. Материално-техническата база на КОЦ-В. Търново е 100% собственост на Община – В. Търново с обща площ на терена 8 190 кв. м и застроена площ 3 276 кв. м. Разполага с 6 постройки с разгъната площ 9 903 кв. м. Системата на застрояване е смесена. Броят на болничните стаи е 53, а леглата от 206 са намалени през 2016г на 186.

1. Хирургичен блок – построен 1979г. с реконструирани - ОАРИГ на четвърти етаж с пуснати в експлоатация две операционни зали, Гинекологично отделение. без операционните зали. Хирургическо отделение и Отделението по гръдна хирургия.

2. Терапевтичен блок – построен 1946 г, надстроен 1956 г. и реконструиран през 2002 год.

3. Клинична лаборатория – построена 1946г, надстроена 1980г. - за административни помещения и реконструирана през 2007г.

4. Диагностично-консултативен блок – построен като собствена онко поликлиника 1970 г.

5. Хранителен блок със складови помещения – построен 1989 г.

6. Портиерна – 1946 г.

Ново придобити активи, в резултат на изпълнение на Договор за предоставяне на безвъзмездна финансова помощ № BG161PO001/1. 1-11/2011/019 от 07. 03. 2012 г. по Оперативна програма „Регионално развитие“ 2007-2013, - сграда с балансова стойност в размер на 4 580 054, 63 лева /четири милиона петстотин осемдесет хиляди петдесет и четири лева и шестдесет и три стотинки/, построена в УПИ III, кв. 240 по плана на гр. Велико Търново, ул. Бузлуджа” № 1, състояща се от следните помещения, разположени на нива, както следва:

ПЪРВИ ЕТАЖ - Две входни предверия - евакуационни изходи, стълбище за горния етаж, външен коридор – евакуационен изход; Вътрешен коридор с две помещения за регистратура с архив; 5 фойета – чакалня с места за пациенти; Командно помещение; Зала за графии; Зала за скопии; Помещения за санитарни, пералня, сушилня, гладене – към момента неизползваеми; Сървър – рентген и гама – терапия; Кабинети за началник отделение, за лекари, за рентгенови лаборанти; Стая за почивка на персонала; 4 тоалетни помещения WC - за чакащи пациенти, пригодени за хора с увреждания и 4 бр. за персонала – мъже/жени; помещение за Мамограф, помещение за Компютърна обработка на архивните материали; Главен регистрационен архив; Мулажна работилница; Помещения за планираща система, за ПАКС система, за разполагане на дозиметрична система; Служебен коридор с 3 кабинета за старши лаборант, инженер и лекарски кабинет; 2 помещения за Почивка – лекари и лаборанти; 4 предверия с мивки – мъже – персонал; две помещения с душ – персонал – мъже/жени; Чистачно помещение; Служебен асансьор; 4 съблекални – пациенти; 2 бр. WC, помещение за Компютърен томограф – симулатор; Машинно помещение; Стълбище съм сутерена; Служебно – евакуационно стълбище; Командно помещение към линейни ускорители; помещение за разполагане на 6+15 MV фотонен медицински линеен ускорител с MLC - многолистов колиматор и с локална мрежа за обмен на лъчетерапевтична информация; Инженерно помещение; Асансьор – пациенти; Машинно – асансьор – пациенти; Коридор с Регистратура; Технически коридор с

евакуационно стълбище; Главно ел. табло; Хранилище за изотопи; Котелно стопанство; Помещение за Командно - компютърен томограф – симулатор;

ТЕХНИЧЕСКИ ЕТАЖ – кота/-2. 69/, със следните помещения: техническо помещение с „ниша“; линеен ускорител; асансьор – пациенти; склад; предверие; служебен асансьор; помещения за ел. табла и UPS захранващо устройство, подсигуряващо работата на апаратурата в случай на прекъсване на електричеството;

СУТЕРЕН –кота/-5. 60/, със следните помещения - компютърен томограф; 5 коридора. от които един към помещението за брахитерапия и един - технически; чистачно, WC, душ и мивка; 2 служебни асансьора; Стълбище за пациенти; Регистрационен архив за 7 000 пациенти; Складово помещение; Брахитерапевтичен апарат; Командно помещение към брахитерапевтичен апарат; Помещение за душ към брахитерапия; 2 предверия, едното с мивка; тоалетно помещение WC; помещение за Измиване и стерилизация; Помещение за инвентар; Техническа работилница; помещение за почивка лекари брахитерапия; 2 стаи брахитерапия – мъже/жени; 2 помещения за WC, душ и мивка към брахитерапия; Лекарски кабинет; Асансьор – пациенти; Склад; регистратура, комуникационна връзка (евакуационен изход); Фундаменти линеен ускорител; Помещение за санитарии и общо помещение за WC, душ и мивка с технически коридор. Гореспоменатите помещения по етажи са разположени на РЗП разгърнатата застроена площ 3 139. 00 кв. м, а застроения обем е 10 700. 00 куб. м.

В отремонтените помещения в хирургическия блок и в новопостроената база по оперативна програма „Регионално развитие“ 2007-2013 условията са модерни и комфортни за пациентите, персонала и посетителите, в съответствие с хигиенните изисквания и с осигурени необходимите безопасност за пациенти и персонал. Промени и потребности от модернизация, основен и текущ ремонт е необходимо в сградата на ДКБ, която е с топла връзка с новоизграден лъчетерапевтичен комплекс и потребността е очебийна.

Б. Медицински технологии

„КОЦ-В. Търново”- ЕООД притежава собствена рентгенологична апаратура за прилагане на следните методи за образна диагностика: конвенционална рентгенография, мамография, КАТ. Същата се поддържа от лицензирана фирма за поддръжка на медицинска техника.

Операционният блок на „КОЦ-В. Търново“- ЕООД отговаря на изискванията на медицинските стандарти по “Хирургия” и “Анестезия и интензивно лечение”. Той притежава 2 операционни зали, оборудвани също съгласно стандарта по “Хирургия” и “Анестезия и интензивно лечение” и 2 в състояние на „замразен ремонт”. Там в съответствие с разрешението за лечебна дейност има възможност да прилагат следните методи за ендоскопска диагностика: горна и долна ендоскопия на стомашно-чревния тракт, бронхоскопии, видеоасистирани торакоскопии, цистоскопии, диагностични хистероскопии. Цялата ендоскопска техника е производство на фирма „Олимпус”. Поради напускане на обучените специалисти към момента от тези дейности е приложима единствено бронхоскопията и видеоасистирана торакоскопия. Липсва лапароскопска и хистероскопска апаратура за оперативна дейност. Закупен е също и нов ехограф с базови параметри. Друга част от апаратурата, оборудване, инструментариум в хирургическия блок са закупувани доста преди 2000 година, но все още са работещи и покриват стандартите по Хирургия и Реанимация и интензивно лечение, какъвто е и ехографът, който е на разположение на гинеколози и уролози. производство 1993г.

„КОЦ-В. Търново“- ЕООД прилага специални за онкологичната патология методи от областта на клиничната патохистология и клиничната имунология.

Освен стандартните методи на конвенционалната клинично-лабораторна диагностика, лечебното заведение ползва следните специфични методи от клиничната патохистология и клиничната имунология:

- в отделението по клинична патология на диспансера има възможност да се извършва имунохистохимично изследване на естроген и прогестерон рецептори при злокачествени тумори на млечната жлеза, изследване на HER 1 и HER 2 рецептори, лимфоми и саркоми;
- клиничната лаборатория на диспансера изследва туморни маркери по хемилуминисцентния метод - CA-15-3, CA-19-9, CA-125, PSA, CEA, AFP, b-hCG (TBhCG2) и Testosterone;
- отделенията по клинична лаборатория и нуклеарна медицина на диспансера изследват следните туморни маркери – CA-15-3, CA 19-9, CA-125, PSA, CEA и AFP;

Използваните методи позволяват уточняването на сложни в диагностично отношение случаи и осигуряват необходимото качество на лечебния процес при изследванията на онкологично болните. Прилаганите методи отговарят на изискванията по стандартите за “Клинична патология”, “Клинична лаборатория” и “Радиоимунология”.

За лъчелечение на пациентите с онкологични заболявания в диспансера се използват повърхностна и дълбока рентгентерапия, брахитерапия.

По оперативна програма „Регионално развитие“ 2007-2013 медицинско оборудване за лъчетерапия се замени с нова по-съвременна високоенергийна лъчетерапевтична апаратура през 2013 г. на стойност в размер на 5 776 891. 20 лева /пет милиона седемстотин седемдесет и шест хиляди осемстотин деветдесет и един лева и двадесет стотинки/- тази апаратура за диагностика и лъчетерапия, включва:

1. Апарати и системи за диагностика: Компютърен томограф със софтуер за симулация на лъчелечението; Уреди за общ дозиметричен контрол и контрол на качеството включващи: моторизиран 3D фантом за автоматично анализиране на лъчевия сноп и експорт на дозиметричните данни, фантом за меко рентгеново лъчение, слоест фантом, фантом, подходящ за ежедневни проверки на дебита на линеен ускорител, дозиметрична си. стема за ежедневни проверки на качествените параметри на линеен ускорител и с фантом, подходящ за верификация на модулирано по интензитет лъчелечение, твърдотелен фантом за верификация на терапевтични планове, фантом и софтуер за качествен контрол на портални изобразяващи устройства или flat panel на линейни ускорители; Планираща система, включваща интегрирана болнична информационна система за архивиране и обмен на цветни образи в образната диагностика и лъчелечението;

2. Апарати и системи за лъчелечение: 6+15 MV фотонен медицински линеен ускорител с MLC - многолистов колиматор и с локална мрежа за обмен на лъчетерапевтична информация; Автоматизирана терапевтична система за брахитерапия с хирургична маса; Возима дигитална рентгенова система тип C-рамо, включваща основна система, вградена DAP камера и монитор.

Новозакупената апаратура е иновативна, икономична. ефективна, съвременна.

В. Инфраструктура

Отоплението е собствено, с локално парно. Монтирани са 2 броя котли, на които в края на 2008г. е извършена газификация.

Водоснабдяването е централно, безрежимно.

Снабдяването с кислород е чрез кислородна станция - изградена е централна кислородно аспирационна система.

Двете стационарни бази са обезпечени с асансьори, но топла връзка между тях не съществува.

Лечебното заведение разполага ограничено с два малки паркинга и заведение за бързо хранен собственостна МОБАЛ, а в близост. като част от градската инфраструктура се намират хранителни магазини. Няма достъп в близост до банкомат и потребността от такъв за служители и пациенти е реална.

Информационната осигуреност в КОЦ - В. Търново е чрез обособено информационно звено, което подобрява и улеснява достъпа на персонала до информация за пациентите и тяхното лечение. Обезпечено е с два сървъра, UPS, мрежа за достъп до всички компютри в лечебното заведение, компютърни конфигурации във всички стационарни и параклинични звена в центъра, както и във всяка подструктура на Административно – стопанския блок. Осигурени са принтери във всяко стационарно отделение, с което се улеснява отпечатването на епикризи и протоколи за ТЕЛК. Комуникацията с персонала се осъществява чрез персонални мобилни телефони за всеки лекар, за всяка старша медицинска сестра и всяко отделение.

Цялата инфраструктурна обезпеченост се поддържа в непрекъсната изправност.

Г. Транспорт

Със закупуването на два нови леки автомобила - „Опел Зафира” и ВАЗ 21070 през 2006г. автомобилният парк бе обновен. Ангажираността транспорта се състои в извозване на пациенти, служители, постелъчно бельо за пране, инструментариум за стерилизация, кръв, биологични материали до съответните лаборатории. От няколко години ръководството изтъква необходимост от закупуване на санитарна линейка за транспортирането на тежко болни пациенти в други лечебни заведения с цел диагностика, консултация или лечение /напр. хемодиализа/.

Д. Медицинска информационна система (МИС)

Отразява всички аспекти на дейността и подпомага ежедневната оперативна дейност. на всички нива? Има ли нужда от доразвиване или промяна? Какво е мнението на потребителите? Има ли нужда от допълнително обучение на работещите с информационната система и в какви аспекти?

Дружеството използва няколко независими по между си програмни продукта за различните си дейности:

1. Инсталирана е програма на МЗ и НЗОК „GlobalHIS” – представляваща електронна информационна система за отчитане на медицинската дейност на диспансера, а именно:

- регистрира приема на пациенти
- електронно отчита брой преминали пациенти.
- оперативни намеси – по брой, по вид, екип, с възможност за написване на оперативен протокол.
- чрез нея аптеката получава, изписва и отчита лекарствата предоставени от МЗ за лечение на онкологично болните. Така се извършва и одит на тези медикаменти.
- чрез връзката между МЗ, НЗОК и персонала се осигурява бърза и лесно достъпна информация за текущата дейност на лечебното заведение.

Слабост на инсталираната болнична програма в КОЦ-В. Търново е, че не е осигурена взаимовръзка между отделните работни станции в приемен кабинет, диагностичните звена и стационара като с това допълнително се ангажира човешки ресурс за своевременното набавяне на необходимата фактология в Историята на заболяването /ИЗ/ или в Единното онкологично досие/ЕОД/, което също е в хартиен вариант. Чрез него се поддържат и архивират всички необходими данни, които отразяват състоянието при диспансерно наблюдение на пациентите според наложените нормативи. Там също е отразена пълната и точна характеристика на онкологичната диагноза, която включва локализация, морфология, TNM система, стадий, клинична група и степен на диференциация на тумора освен. Поддържането му, освен че е изключително трудоемко, затруднява достъпа до данните в случай, че пациент постъпи по необходимост в извънработно време, т.к. ЕОД е на съхранение в регистратурата на Диагностично консултативния блок /ДКБ/. Това съществено изискване за спазване на

правилата за добра медицинска практика в онкологията в България и по света би следвало да бъде облекчено при условия както на кадрови дефицит, така и в ерата на технологичен напредък.

Една добравъзможност с оглед повишаване на удовлетвореността на потребителите би била оформяне на електронно ЕОД с възможност за достъп чрез парола на пациента до изследванията си проведени по време на всеки диспансерен преглед.

2. Дружеството използва счетоводен софтуер Work Flow, който е на български език и е разработен при спазване изискванията на Закона за счетоводство.

3. ТРЗ и Личен състав използват одобрен от Министерството на финансите програмен продукт HRManager за изработване на трудовите възнаграждения на персонала и техните осигуровки.

4. Чрез действаща собствена софтуерна програма се регистрират на пациентите, тяхното проследяване и диспансеризация.

3.2.8. ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 8 - Вътрешни процеси

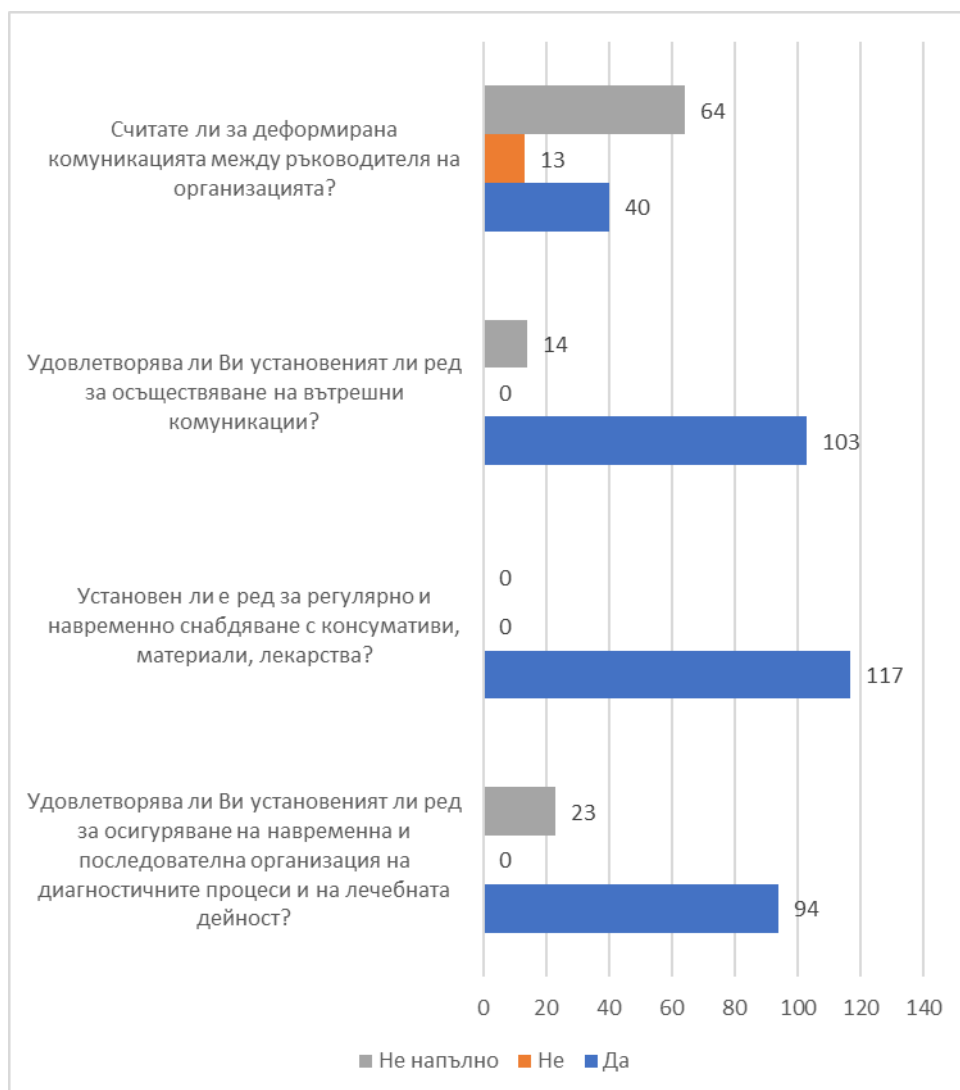
Вътрешните процеси в лечебното заведение са свързващите елементи между краткосрочните и дългосрочните планове, ресурсите и дейностите, като процесите са толкова разнообразни, колкото разнообразна е дейността му. Те се отнасят до това, което организацията прави, за да даде резултати на своите заинтересовани страни-финансови и от оперативната дейност- пациентите. Поради това начинът, по който протичат или не протичат процесите определят доколко са организирани те в лечебното заведение. Те биха могли да се оприличат със здравето в един организъм. Както синхронно протичат процесите в един здрав организъм, така синхронно би следвало да протичат и процесите в „здравата” организация между различните звена в името на преследване на общата цел. Това определя ефективността на дейността. Процесите би следвало да са ефикасни, ако изградени политики, заповеди, действия, системи за обратна връзка, софтуер и др. Разписването на процесите, внедряване на правила и особено спазването им не е непосилна задача. Просто и ясно написаните стъпки могат да направят чудеса и да дърпат организацията напред. А за разработването им отговаря ръководството в лицето на висшия, среден и нисш мениджмънт, като след

внедряването да следва контрол и корективни действия, така че след използване на ресурсите да се получи продукт или услуга, от който да има удовлетворени пациенти.

Основните направления, които са определящи за процесите в организацията са организирането на дейността, управлението на качеството на извършваните процеси и наличието на вътрешен контрол.

Таблица 52. Диагностична карта 8 - Организация на процесите в ЛЗ, свързани с основната дейност:

№	Въпрос	Да	Не	Не напълно
1.	Удовлетворява ли Ви установеният ли ред за осигуряване на навременна и последователна организация на диагностичните процеси и на лечебната дейност?	94	0	23
2.	Установен ли е ред за регулярно и навременно снабдяване с консумативи, материали, лекарства?	117	0	0
3.	Удовлетворява ли Ви установеният ли ред за осъществяване на вътрешни комуникации?	103	0	14
4	Считате ли за деформирана комуникацията между ръководителя на организацията?	40	13	64



Графика 30. Диагностична карта 8 - Организация на процесите в ЛЗ, свързани с основната дейност:

Управление на качеството:

В проведената успешна първа и единствена акредитация на лечебното заведение през 2009г. е отразено:

„В лечебното заведение е изградена и функционира система за оценка на качеството на диагностичната дейност. Същата гарантира поставянето на ранна диагноза, в т. ч. характеристика и стадий на заболяването в зависимост от локализацията и в съответствие с методичните указания. В диспансера диагностичната дейност гарантира окончателна диагноза, включваща характеристика и стадий на заболяването. В медицинската документация се записват своевременно и пълно

основните характеристики на заболяването – органна локализация, степен на инвазия в околните тъкани, засягане на регионалните лимфни възли и далечни метастази, в резултат на което се поставя TNM и съответния стадий. В Инструкцията за прием на пациентите в лечебното заведение, за задължителното спазване на която е издадена Заповед № 3/03. 01. 2006 г., се регламентират задълженията на приемащия лекар; в Инструкцията за водене и съхраняване на информацията се регламентира отразяването на болестта на пациента и в специални Указания за работа с Единното онкологично досие /ЕОД/ се регламентира кодирането на предварителната и окончателната диагноза. Задължителното спазване на Методичните указания е регламентирано със заповед на управителя №195/24. 02. 2006 г., като се извършва и предоперативно стадиране.

Пак там в критерий № 6. - дейности за подобряване на качеството четем „Управителят на диспансера непрекъснато анализира, контролира и взема решения относно извършваната медицинска дейност във всичките ѝ аспекти. Като доказателство са приложени доклади, анализи, протоколи. Същите се предоставят на оторизираните органи и институции при необходимост в определения срок.

Периодично (в съответствие с разработените и утвърдени от управителя планове) се провеждат общоболнични и вътреотделенски колегиуми на лекари и специалисти по здравни грижи, насочени основно към организацията на дейността и качеството на здравните услуги, документирани в подробно водени протоколи. Приложени са и протоколи от обсъждане на клинични случаи. ” Към днешна дата може чистосърдечно да кажем, че такива отдавна няма – нито за лекари, нито за специалисти здравни грижи.

Относно вътрешния контрол отново в акредитационния доклад е отразено: „Механизмите за вътрешен контрол се прилагат на различните управленски нива - управител, различни комисии и съвети, началници на структурни звена, главна и старши медицински сестри.”

Внедрени са разработените алгоритми за диагностични и лечебни дейности и процедури по силата на работа по клинични пътеки и договор с НЗОК.

Разработени са протоколи и технически фишове за сестрински грижи, манипулации и процедури за специалистите по здравни грижи във всяко отделение съобразно спецификата на дейността.

Документирането на ключовите процеси се отличава с коректност, синхрон и последователност в документооборота, чрез изпълнение на вътрешни правила и спазване на национални медицински стандарти и приложимото законодателство.

Въпреки изградените през годините от създаването до сега и допълнително наложените от НЗОК алгоритми за диагноза и лечение, национални медицински стандарти и стриктното им спазване, процесите в КОЦ не са на необходимото ниво откъдето и ефективността на процесите.

Нужно е да се осъзнае, че в здравеопазването качеството на създавания продукт е силно зависимо от процесите по създаването му и колкото по усъвършенствани са процесите, толкова по-добро е качеството на предлаганата услуга. Да не забравяме обаче, че във всички процеси основните участници са хората. а те претърпяха сериозна подмяна въпреки относително запазения числов състав. А поради изразеното текучество и намален кадрови състав внедрените. стандартизирани, управлявани и усъвършенствани в продължение на 70 години процеси често пъти се оказват на базово равнище – веригата от свързаните по между си процеси е разкъсана и лечебното заведение е в състояние на организационна фрагментация. Кое то неминуемо се отразява и на качеството.

Относно друг един процес -управлението на риска – до тук изнесените фактите са достатъчно показателни. Когато имаше възможност да се управлява процеса по внедряване на линейния ускорител и да се намалят загубите с компенсаторния труд на високо квалифицираните и в разцвета на силите си хирургични екипи това не се случи.

Твърде късно си даваме равносметка, че организацията не е множество от отделения и звена, а съвкупност от добре управлявани вътрешни работни процеси, и от качеството тези процеси зависи както качеството на предлаганата медицинска услуга така и голяма част от показателите за ефективност.

Както и от факта, че двата показателя – качеството на процесите и качеството на услугите са взаимозависими, поради което е необходимо процесите непрекъснато да се управляват и усъвършенстват.

3.2.9. ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 9 - Обучение / Иновации

Обучението и развитието на персонала повишава компетентността му, а така се създава възможност да се подобри ефективността и ефикасността на работния процес.

От друга да се усъвършенстват продуктите или услугите, а като краен резултат се повишава конкурентоспособността на организацията на пазара. Измерването на възвръщаемостта на този вид инвестицията е невъзможно. Но за това пък това е от дейностите, които създават стойност. Какво е отношението към процеса на обучение в КОЦ-В. Търново, като част от системата на балансираните показатели ще се придобие впечатление от проведената анкета сред 117 настоящи и бивши служители, 137 обслужвани пациенти в ДКБ и отчетени разходи в годишните финансови отчети /ГФО/.

Таблица 53. Диагностична карта 9 - Въпрос №1.

Въпрос	Да	Не	Не зная
Има ли изградена стратегия за обучение и поддържане на квалификацията на персонала за лечебното заведение и за отделните звена?	17	77	23



Графика 31. Диагностична карта 9 - Въпрос №1.

Таблица 54. Диагностична карта 9 - Въпрос №2.

Въпрос	Да	Не	Не напълно
Съгласен ли е работодателят Ви да инвестира в обучение на персонала?	13	56	48



Графика 32. Диагностична карта 9 - Въпрос №2.

В ГФО за 2017г четем: „Новооткритото отделение по Лъчелечение, оборудвано с апаратура единствена по рода си, изисква обезпечаване с кадри, които са с висока образователна степен, а от там и повишаване на прогнозните бройки висш медицински персонал. Предприети са мерки по обучение и усъвършенстване на наетият персонал. ”

Таблица 55. Разходи за обучение и експертни заключения за периода от 2015 до 2019 година

Година	2015	2016	2017	2018	2019
РАЗХОДИ/хил. лв. /	-	-	-	25 975	17 682

Таблица 56. Диагностична карта 9 - Въпрос №3.

Въпрос	Да	Не	Не мога да преценя
Считате ли, че състоянието на образователното и квалификационно ниво на персонала е необходимо да се повишава? Посочете направление.	87	12	37



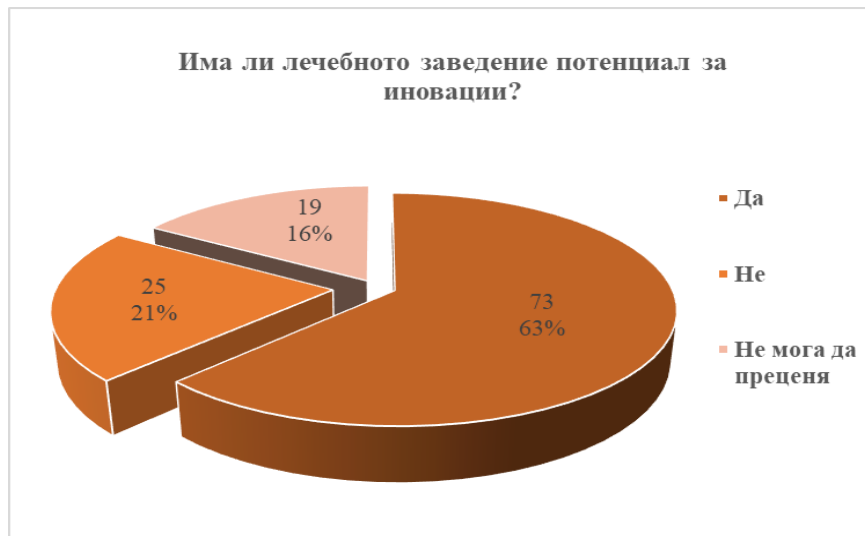
Графика 33. Диагностична карта 9 - Въпрос №3.

От получените резултати установяваме, че липсва изградена стратегия за следдипломно обучение на наетия персонал, което се потвърждава и от факта, че в разновидностите на разходи в ГФО, такъв липсва през годините, а разходите за командировки са минимални. Същото се инициира от ръководството само по преценка от такава необходимост, както например след въвеждане на новия линеен ускорител. Поради повишеното текучество на кадрите и назначаване на нови кадри в предпенсионна и пенсионна възраст, 29 от анкетирания пациенти споделят необходимостта от провеждане на обучение в направление „Умение за общуване с пациентите“. Естетвото на заболяването, а и не само то, изисква любезно, а не грубо отношение с пациентите и поражда необходимост от провеждане на този тип обучение. След многобройни приложения при онкологичните пациенти видимите вени се калцират и започват безкрайни убождания, докато се намери неувредена скрита вена, от където

да може да се вземе кръв за необходимите изследвания. Седем пациенти споделят, че се е случвало поради създали се подобни ситуации да се връщат в гр. Габрово. от където са те самите. за да се вземе кръв, която да донесат за изследване в КОЦ. Разбира се този проблем може да бъде отнесен и към карта №8 /процеси/, защото е и организационен процес освен умение придобито след обучение, а също и възможност за иновация. Така „търсене на венозен път” би било второ необходимо направление за обучение. Същото неудобство би могло да се преодолее и чрез закупуване на веноскоп - медицински уред за по-лесно откриване на вените на пациента. Това ще бъде и технологична иновация при създалия се проблем. Заради посочените неумения в общуването и търсене на венозен път пациентите са склонни да търсят други алтернативни решения за диспансерното си наблюдение. А това ще се отрази като спад на приходите от клинични процедури. С което стигаме да извода, че спестените пари от обучения на персонала в приоритетни за лечебното заведение области предполагат бъдещи загуби Ако се осъзнае факта, че успешното управление е ориентираното към промени управление, трябва да сме наясно с факта. че това без изграждане на система за обучение и развитие и на персонала не би могло да се случи. Това от своя страна е и основна предпоставка за създаване на иновации в лечебното заведение, което корелира и с резултата от проведената анкета относно елемента „иновации”.

Таблица 57. Диагностична карта 9 - Въпрос №1 към пациентите

Въпрос към пациентите	Да	Не	Не мога да преценя
Има ли лечебното заведение потенциал за иновации?	73	25	19



Графика 34. Диагностична карта 9 - Въпрос №1 към пациентите.

Таблица 58. Диагностична карта 9 - Въпрос №4.

Въпрос към персонала	Да	Не	Не мога да преценя
Има ли управителят Ви креативно и иновативно мислене?	41	58	18

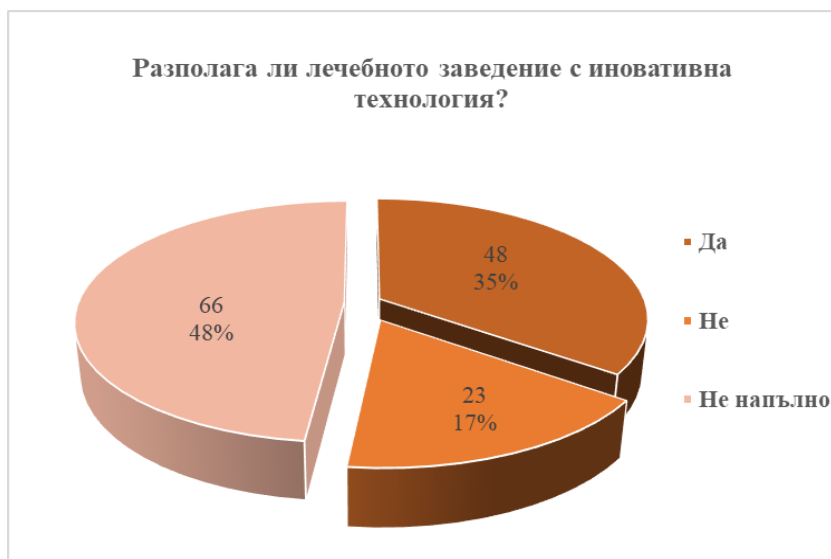


Графика 35. Диагностична карта 9 - Въпрос №4.

В свободен текст в 3 от анкетните карти беше отразено, че управителят променя нещо само, ако е задължително от контролиращите инстанции или е обнародвано в държавен вестник.

Таблица 59. Диагностична карта 9 - Въпрос №2 към пациентите.

Въпрос към пациентите	Да	Не	Не напълно
Разполага ли лечебното заведение с иновативна технология?	48	23	66



Графика 36. Диагностична карта 9 - Въпрос №2 - пациенти.

Таблица 60. Диагностична карта 9 - Въпрос №5.

Въпрос към персонала	Активно	Инертно	Не мога да отговоря
Как определяте отношението на прекият Ви началник към иновациите?	39	59	19



Графика 37. Диагностична карта 9 - Въпрос №5.

В 3 от анкетните карти бе изказано становище, че що се касае до началниците на отделения се допуска те да имат мнение повече за продуктовите иновации и по възможност да не са свързани с технологични такива. За технологичните иновации отговаря „топ мениджъра“.

Както доста от правилата на бизнеса могат да са приложими в здравеопазването, така не бива да подценяваме и модела за “Десетте вида иновации”, създаден от Лари Кийли и Райън Пикел.⁸⁸ и да се опитаме да внедрим някои от тях. Иновациите не са само продуктови иновации – нов продукт, или усъвършенстване на характеристиките на вече съществуващ продукт, или технологични иновации. Те обикновено се копират от конкуренцията, и според авторите трудно стоят в основата на дългосрочно предимство.

Иновативни могат да се търсят в начините по които организацията се свързва с партньори и конкуренти, за да образува т.нар. мрежа или конфигурация от взаимоотношения, например със стратегически партньори. Чрез иновации в мрежа е възможно и да се споделя риска между партньорите.

Иновативни могат да бъдат самите вътрешно фирмени процеси, логистика или обслужване. Чрез иновациите в процеси се получават устойчиви и дълготрайни

⁸⁸ https://www.novavizia.com/desette-vida-inovatsii-na-doblin/?fbclid=IwAR3KWY_Ss26-CwjS70uKa9PiKaSmzr5e5_NOE8J1sNg9JIB1Bx7CB1g27qY, посетен 10. 12. 2020

конкурентни предимства. В идеалния случай, иновациите в процеси са “скритата съставка”, която конкуренцията не знае и не може да копира.

Иновацията в продуктовата система може да създаде допълващ продукт свързан с основния, така че като краен резултат да се създаде стойност. Целта е да се създадат значими взаимовръзки между различни продукти, така че да се реализира освен по-атрактивно предлагане на пазара, така също и да се задоволят по-задълбочено потребностите на потребителите, чрез което да се спечели предимство пред конкурентите.

Възможно е също да се обсъждат и иновации в обслужването. Така освен удовлетвореност от ползваната услуга също може да се добави стойност. В областта на здравеопазването понякога това може да послужи за поправяне на грешки и да направи потребителското преживяване по-добро. Освен това, ако се извършат удачно, иновациите в обслужването могат да превърнат един средностатистически продукт в желан продукт, който се радва на добро търсене и висока лоялност от страна на пациентите. По този начин може да се направи опит за спасение на традиционна услуга, която е уязвима от бързо променящите се потребителски вкусове и с финансова невъзможност за инвестиции в нови технологии.

Под иновация в канала на една организация се разбира начинът, по който произведеният продукт достига до своите клиенти. Понякога това е физическа среща, друг път е електронен вариант. Важно е да се предложи такъв начин на възприемане, че потребителят да бъде и спечелен и задържан дълго време. Целта е да се стигне до желанния продукт с минимум препятствия и максимум удовлетворение.

Иновации може да бъдат предлагани и в потребителска ангажираност. Чрез тях организацията се стреми да се задълбочи в желанията на пациентите и използвайки тези прозрения да се създаде смислена връзка между потребител-пациент и организацията. Целта е да се направи живота на онкологичния пациент по-удовлетворен, по-смислен, като въввлече и потребителя в това, което организацията предлага.

Чрез иновациите организацията подобрява своята ефективност, подобрява продажбите или намалява разходите. Така иновирайки в разнообразни сфери, организацията може да се защити както срещу копиране, а така също да създаде устойчиви конкурентни предимства, с които да е по-успешна в своята дейност.

След извършената диагностика, съобразно следваната стратегия менджмънтът трябва да прецени както необходимостта от вида иновации, така и необходимостта от последващо обучение. По настоящем няма област, в която да можеш да работиш успешно без специализация. Това е видно и наложително и от проведеното анкетно проучване и от негативните финансови резултати.

3.2.10. ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 10 - Външна микросреда

Факторите на външната микросреда се намират в най-близкото обкръжение на лечебното заведение и оказват пряко въздействие върху тях. Тези фактори са:

- *Пациентите, които се явяват в ролята на купувач на услугите предлагани от лечебното заведение.* Те са най-важният фактор с пряко влияние върху организацията (анализът им е представен подробно в диагностична карта N2).
- *Конкуренти* – това са тези субекти, с които ЛЗ следва да се състезава за привличане на пациенти. Познаването им е от изключително значение за стратегическото му управление. Поради тази причина ЛЗ трябва непрекъснато да се интересува и да се сравнява с конкурентите по отношение на предлаганите услуги, цени, начини за привличане на пациенти, за да може да отдиференцира своите предимства и недостатъци.

Конкуренти по смисъла на комплексно извършваната дейност на едно онкологично заболяване за КОЦ-В. Търново може да считаме всички лечебни заведения регламентирани от МЗ да извършват комплексно онкологично лечение на съответните заболявания. Напоследък истински революционен напредък бележи КОЦ-Бургас, където през 2013г. отидоха част от високо-квалифицираните колеги-радиолози на КОЦ-В. Търново, като единият от тях е началник на отделението по лъчелечение. КОЦ-Бургас беше един от първите, които в края на 2013г. монтира два нови модела високотехнологични линейни ускорители разполагащи със системата за радиохирургия, която изравнява възможностите им с кибернож. Ускорителите разполагат с верификационни системи чрез които се гарантира до милиметър аплицирането на всяка дневна фракция. Всеки момент до края на 2020г. се очаква да бъде открит и Корпус 3, където е базиран и закупеният абсолютно нов PET-СТскенер, като така КОЦ-Бургас се оказва вече с най-добрата апаратура за диагностика и лечение на онкологичните пациенти в България. Допълнителна услуга, която КОЦ-Бургас предлага в

комплексното лечение, и с която малко онкологични центрове могат да се похвалят е поставяне на port-a-cat от колегите съдови хирурзи. Привлечените в екипа естетичен хирург и още колеги – хирурзи, уролози, онколози – професионалисти, дават пълно основание на уравителя както за гордост, така и за привличане на пациенти не само от поверения регион, но и от цяла България. И докато е имало време, когато в Единните онкологични досиета на пациентите от гр. Бургас е отбелязано основно лечение в КОЦ-В. Търново, по настоящем процесите са обратни – пациентите на гр. В. Търново се лекуват в КОЦ-Бургас.

По смисъла на онкологичната оперативна дейност конкурентни са всички лечебни заведения със съвременна апаратура за оперативна дейност и обучен за работа с нея човешки ресурс. Особено осезателно към днешна дата се чувства конкуренцията на МБАЛ ”Св. Марина”- гр. Плевен, чиято ориентираност е многопрофилна и онкологична, разполагаща не само с иновативна, но с уникална роботизирана апаратура, концентриран достатъчен обучен персонал и съответна организационна култура. Последната пациентите оценяват високо и само заради нея са готови да заплащат значително по-високи цени за предлаганата услуга. Достъпът там е организиран, лесен, канализиран, процесите детайлизирани, ефективни, а резултатът белязан с ефикасност.

При наличната миграция, високотехнологичен транспорт, нови магистрали разстоянията вече не са проблем, когато трябва да се реши здравословен проблем на най-близък член от семейството.

- Доставчиците, които снабдяват ЛЗ с разнообразни ресурси – капитал, апаратура, оборудване, инструментариум, лекарства, материали, консумативи, енергия и други, при различни условия са също своеобразен фактор от микросредата т. к. те освен съответни ресурси могат също да осигуряват на ЛЗ и пациенти при съответни лоялни вертикални взаимоотношения. Днес в условията на действащия Закон за обществени поръчки и обществени покани не е невъзможно понякога тези взаимоотношения да бъдат изкривени.
- Пазарът на труда и социалните партньори са също важен фактор на микросредата, т. к. от пазара на труда ЛЗ набира своите служители. А за стратегическото управление на ЛЗ и неговото устойчиво развитие е необходимо да се привлече не само съответното количество, а и качество на

човешкия ресурс. Поради това е важно да се следят промените и тенденциите в състава и квалификацията на работната ръка. По настоящем на фона на изразения силен отлив и емиграция на работна ръка в областта на здравеопазването, КОЦ В. Търново теоретично може да разчита на новоразкрития през 2015г. с решение на Народното събрание, обнародвано в Държавен вестник бр. 53 от 14.07.2015 г. трети филиал /след Русе и Сливен/ по здравни грижи на МУ-гр. Варна. Обучението е редовно и е за период от 4 години. Предвиденият годишен прием на студенти за Филиал - Велико Търново е 20 медицински сестри и 20 акушерки.

Социалните партньори включват медиите и синдикатите и теоретично могат да имат различна сила на влияние, а също и както на практика в последно време се случва медиите могат и да политизират влиянието си.

3.2.11. ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 11 - Външна макросреда

Болничната организация е отворена система и като такава тя непрекъснато си взаимодейства с макросредата и е пряко зависима от нея. Всяка промяна предизвиква верижна реакция върху останалите вътрешни елементи на организацията. За да се намали нивото на несигурност е необходимо непрекъснато наблюдение на външната среда, в която се намират всички външни фактори и сили на промяната повлияващи постигането на целите на лечебното заведение. Постоянният анализ на външната среда позволява адаптиране към промените и минимизиране на заплахите, което понякога е със съдбоносно за организацията значение. Взаимодействайки с обкръжаващата я среда лечебното заведение получава ресурси - капиталови, човешки, финансови, информационни и др. И след преработка ги предлага отново на заобикалящата среда във вид на здравна услуга, такава каквато средата изисква. По този начин лечебно заведение изпълнява общественото си предназначение и всеки негативен резултат се отразява неблагоприятно върху растежа.

Като външни сили на промяната за КОЦ-В. Търново бихме могли да отчетем:

- 1) Превръщането на лечебните заведения в търговски дружествна и произтичащите от това пазарни условия са основополагащите външни сили за промяна.

- 2) Поставяне на условия и изисквания съобразени с Европейските изисквания за глобална конкурентноспособност на основата на съвършенство.
- 3) Скоростта на технологичния напредък нараства неколкостранно през последните години, като на тази основа са изградени и най-съвършения тип технологии за образна диагностика и оперативно лечение. Масовото въвеждане на компютърни и софтуерни продукти за комуникация, презентирание, управление на организационни процеси поражда множество промени. Съхранението, обработката на информация и нейното реализиране също са част от тези технологии.
- 4) Пазарът и поведението на конкуренти и партньори в лицето на създадените частни болници.
- 5) Глобализацията и технологичният напредък доведоха до променяща се здравна култура и претенции на населението.
- 6) Промяната в политиката на различните правителства, финансовите стратегии, води до нестабилност на нормативната уредба. От години продължава практиката промените в здравното законодателство да са „на парче”, без необходимия предварителен, цялостен, добре аргументиран и приет с консенсус анализ от заинтересованите страни. Това оказва също директно въздействие върху организацията, върху нейната ефективност и върху ефективността на цялата практическа здравеопазна дейност. Като пример може да бъдат дадени:
 - Законът за здравното осигуряване, приет през 1998 г., претърпява 80 изменения и допълнения.
 - Законът за лечебните заведения, приет през 1999 г., претърпява 36 изменения и допълнения.
 - Законът за здравето, приет през 2004 г., претърпява 30 изменения и допълнения.

Тази практика се използва и при проекта за бюджет на НЗОК за 2019г., в който се предложиха, без обсъждане и оценка на въздействието, кардинални промени на повече от 16 закона.

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

- одържавяване на 1. 400 млн. лв. под формата на излишъци от бюджета на НЗОК;
 - отклоняване от бюджета на НЗОК за бюджета на МЗ на 340 млн. лв. през 2011 г. и 100 млн. лв. през 2012 г.
 - неефективната работа на приходната администрация, която не събира задължителните здравноосигурителни вноски от над 1. 2 млн. души.
- 8) Промени се начинът на финансиране на онкологичната помощ, при което финансирането остана единствено чрез клиничните пътеки, за които е общоизвестно, че са недофинансирани, а по отношение на онкологичните пациенти, които са и с допълнителни заболявания разходите са значително повече. Още с узаконяване на недофинансираността на здравната услуга в клиничните пътеки законово е заложен фалита на лечебните заведения, обявени през 2000 година за търговски дружества.
- Справка от акредитационния доклад от 2009годинани показва. че приходите от НЗОК през 2006г. са били 22. 6%, а държавната субсидия 76. 7%, през 2007г. - съотношението е 27. 0% / 72. 2%, през 2008г. съотношението става 70. 6% / 27. 3%, за да може допълнителното държавното субсидиране за извършваната диспансерна дейност през 2012г. напълно да отпадне, и да се върне с Наредба № 8 от 3 ноември 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията с амб. процедура №7 за диспансерно наблюдение на онкологичен пациент е цена 130лв.
- 9) Забавя се усвояване на средствата от европейските фондове, предвидени за здравеопазването. Поради бюрократични неуредици България пропуска възможностите да получи от ЕС значителни средства оперативните програми.
- 10) Некоректно протеклата обществена поръчка за линейния ускорител и последвалите юридически процедури доведе до забавяне на пусковия срок на същия и отлив на пациенти в други онкологични центрове с вече монтирани линейни ускорители. /вж. в. ”Борба”/17. 01. 2014г. /
- 11) Промени в пазара на труда породени от засилена миграция на здравни кадри.
- 12) Covid – 19 пандемията допълнително задълбочи критичното и без това финансово състояние.

Ефективно управляваните промени предполагат щателен анализ на въздействието на всеки един външен фактор и вземане на такова адекватно решение спрямо всеки един от тях, чрез което да може да се минимизират възникналите заплахи и да се използват евентуално създадите се възможности. И обратно – неадекватно управляваната промяна води организацията до сериозен финансов риск.

3.2.12. ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 12 - Ползи за обществото

Чрез тази диагностична карта доказваме, че сме осъзнали важността на общественото мнение в лицето на всички стейкхолдери на лечебното заведение, като под стейкхолдер разбираме всички, за които дейността на лечебното заведение е от значение, т. е. всички заинтересовани.

Съобразяването с интересите на всички тях в теорията се счита за основа на стратегическото управление, а на практика установяваме, че това е истински капитал, защото от съобразяването с интересите им зависи нарастването на икономическите ползи за здравната организация, която вече е търговско дружество. За това е важно да се идентифицират стейкхолдерите с реален интерес, както към настоящия момент, така и такива с потенциален интерес в бъдеще, а също и тези с пряко и косвено влияние.

За КОЦ-В. Търново като преки /от които зависи съществуването и основната дейност/ стейкхолдери може да определим: Министерството на здравеопазването и РЗИ /Районна инспекция по здравеопазване/ като разрешителни и контролиращи органи, НЗОК- Национална здравно осигурителна каса като основен финансиращ и един от контролиращите органи; Дирекция „Инспекция по труда”, НАП, РЗИ, АЯР, само контролиращи органи.

Косвени стейкхолдери са различните видове доставчици- на апаратура, на медикаменти, на електроенергия, вода, храна и др. Косвени стейкхолдери също са профсъюзи, медии, професионални съсловни организации, обучаващи институции, партньори, конкуренти и др.

Определяйки стейкхолдерите трябва да се определи нивото им на значимост за лечебното заведение, а от голяма важност е да се определят и интересите на приоритетните стейкхолдери. Идентифицирайки техните потребности следва да се измерване и анализ на удовлетвореността им.

Обикновено чрез отзиви в медиите, онлайн форуми, преглед на констатации от външни проверки, жалби на пациенти, заведени съдебни дела срещу ЛЗ, преглед на финансово-счетоводна документация е възможно да се информираме за необходимите данни, които да послужат за анализ на удовлетвореността. De facto до преглед на констатации от външни проверки на РЗОК и РЗИ е невъзможно да се доберем, т. к. те никога не са оповестявани пред колектива, но за постъпили жалби на пациенти до РЗОК сме чували не еднократно както от самите пациенти, така и от проверяващи служители. Сайтът на лечебното заведение - <http://www.onkologyvt.com/news> в раздел „новини” е заключен за коментар / Comments are closed/

От годишните финансови отчети установяваме какви са финансовите ни взаимоотношения с някои стейкхолдери:

- Така например през 2015г. в ГФО се отчитат глоби, неустойки, наказателни лихви и съдебни обезщетения за 99 008лв.;
- За 2016г. за съдебни разноски се отчитат - 38 550. 63 лв., данъчни лихви за просрочени данъци - 18 036. 91 лв.;
- За 2017 г. данъчни лихви за просрочени данъци - 85 750. 58 лв.;
- За 2018г. лихви НАП - 122. 54 лв., Данъчни лихви - 43 181. 71 лв.;
- За 2019г. Лихви НАП - 107 лв., Данъчни лихви - 46 314 лв

Краткосрочните задължения на „Комплексен онкологичен център-Велико Търново” ЕООД /„КОЦ-Велико Търново” ЕООД/ за 2015г. са 2 828хил. лв. и имат следната структура:

- към 99 доставчици и клиенти – 2 345хил. лв.,
- към персонала – 175хил. лв.,
- към осигурителни предприятия – 60хил. лв.,
- данъчни задължения – 213хил. лв.
- други краткосрочни задължения – 35хил. лв.

Краткосрочните задължения на „Комплексен онкологичен център-Велико Търново” ЕООД /„КОЦ-Велико Търново” ЕООД/ за 2016г. са 2 735хил. лв. и имат следната структура:

- към 78 доставчици и клиенти – 2 185хил. лв.,
- към персонала – 185хил. лв.,
- към осигурителни предприятия – 64хил. лв.,

- данъчни задължения – 272хил. лв.
- други краткосрочни задължения – 29хил. лв.

Краткосрочните задължения на „Комплексен онкологичен център-Велико Търново” ЕООД /„КОЦ-Велико Търново” ЕООД/ за 2017г. са 3 514хил. лв. и имат следната структура:

- към доставчици и клиенти – 2 577хил. лв.,
- към персонала – 202хил. лв.,
- към осигурителни предприятия – 74хил. лв.,
- данъчни задължения – 616хил. лв.
- други краткосрочни задължения – 45хил. лв.

Краткосрочните задължения на „Комплексен онкологичен център-Велико Търново” ЕООД /„КОЦ-Велико Търново” ЕООД/ за 2018 са 3 208хил. лв. и имат следната структура:

- към доставчици и клиенти – 2 258хил. лв.,
- към персонала – 185хил. лв.,
- към осигурителни предприятия – 75хил. лв.,
- данъчни задължения – 646хил. лв. и
- други краткосрочни задължения – 44хил. лв.

Краткосрочните задължения на „Комплексен онкологичен център-Велико Търново” ЕООД /„КОЦ -Велико Търново” ЕООД / за 2019г. са 3 690хил. лв. и имат следната структура:

- към доставчици и клиенти - 2 680хил. лв.,
- към персонала - 206хил. лв.,
- към осигурителни предприятия - 81хил. лв.,
- данъчни задължения - 676хил. лв. и
- други краткосрочни задължения - 47хил. лв.

Таблица 61. Структура на краткосрочните задължения (в хил. лева)

Към:	2015	2016	2017	2018	2019
Към доставчици и клиенти	2345	2185	2577	2258	2680

Към персонала	175	185	202	185	206
Към осигурителни предприятия	60	64	74	75	81
Данъчни задължения	213	272	616	646	676
Други краткосрочни задължения	35	29	45	44	47
Общо	2828	2735	3514	3208	3690

Таблица 62. Задължения към основните кредитори (в хил. лева)

Съществени задължения към:	2015	2016	2017	2018	2019
Софарма Трейдинг АД	763	560	687	515	527
Медекс	-	367	380	360	235
Либра	-	292	168	-	-
Аквахим	36	28	14	-	-
Рош България	-	-	-	789	889
Алта Фармасютикълс АД	119	265	287	376	724

Таблица 63. От ГФО разбираме също и за неиздължени средства от страна на ключов стейкхолдер-НЗОК :

	2015	2016	2017	2018	2019
Съществени задължения на РЗОК към КОЦ-В-Търново	504 хил. лв	645 хил. лв,	1285 хил. лв.	1 023 607, 92+ скъпоструващи медикаменти 509 841. 68лв. = 1 533 449. 60	1 657 хил. лв.

Изложените и систематизирани показатели са недостатъчни, за да претендираме за пълнота, но ясно показват тенденциите в икономически трудни времена за затруднени взаимоотношения и нестабилно доверие с всички заинтересовани партньори. Ще бъде неизгодно за пациентите на две области, ако се стигне до чл. 202 на Търговския закон, който дава право за придобиване на активи от търговското дружество в случай на значителна задлъжнялост, или пък Собственикът на капитала вземе решение за продажба на част от активите. В случай на по-задълбочено проучване е необходимо за всеки стейкхолдер да се разработи отделен набор показатели за измерване на удовлетвореността му от лечебното заведение и до колко то е отговорило на очакванията му.

Практиката вече 20 години показва, че за успехът на здравната организация вече не са достатъчни само финансовите му показатели пред вид многостранността на процесите в тях. Удовлетвореността на потребителите, съвременен и успешен мениджмънт, мотивираните служители, обучение и иновации – това са факторите, които са в основата на просперитета на лечебното заведение, те са по-показателни за състоянието на лечебното заведение, отколкото печалбата, обявена в годишния финансов отчет. И въпреки, че диагностичен анализ и системата с балансиращи показатели се внедрява първоначално в производствени компании, напоследък все по-често я наблюдаваме вече в организации от всички сфери на обществения живот. Тя е в основата на успеха на съвременния мениджмънт т.к. дава възможност за взимане на информирани и навременни решения и така осигурява на организацията адаптивност, иновационен път на развитие и предприемачески дух.

3.3 Анализ на резултатите от изследването

Целта на всяка промяна е насочена към подобряване на организацията по някакъв начин - намаляване на разходите, увеличаване на приходите, решаване на проблеми, използване на възможностите, оптимизиране на информационния поток и други. Със сигурност тя се поражда от действията на външни и вътрешни за организацията фактори /външни и вътрешни сили/ и не е плод на субективни решения, а обективна потребност налагаща се, за да съхрани равновесното състояние на организацията. Същите са подробно описани съответно в диагностични карти № 11 и №10.

Днес все по-често си задаваме въпроса какво се случи с КОЦ - В. Търново през изминалите години и защо в желанието си за промяна и съхранение на водещи позиции и признание, което имаше в лицето не само на пациенти, но и на водещи онколози на България и на Световната здравна организация се достигна до стагнация, до минимизиране на организационния потенциал и негативни бизнес резултати.

Превръщането на лечебните заведения в търговски дружествена и произтичащите от това пазарни условия са основополагащите външни сили за промяна. Другата основна външна сила, която изисква промяна са технологиите.

Скоростта на технологичния напредък нараства в пъти през отделните десетилетия за последните 100 години, а това води до нови познания и нови технически средства, а те до съществени изменения в живота на всяка организация.

За България значима външна сила предизвикваща промяна са и наложените европейските норми и стандарти, по които трябва да функционират болничните лечебни заведения.

Промяната във финансовите стратегии на различните правителства спрямо онкологичната помощ оказва директно въздействие върху организацията.

Така започна идеята за промяна през далечната 2003 година - дълбоко хуманна и съзидателна по своята същност, преследваща ефект както за пациента с онкологично заболяване, така за работещия персонал и за обществото като цяло. Но последвалата необходимост от изграждане на модерни лечебни заведения съответстващи на новите европейски стандарти, непрекъснато променяща се нормативна база, голямата информираност и високостепенност от страна на пациента, протичащи почти едновременно, заедно с необходимостта от сериозно количество парични средства и време за планираната промяна, бюрократични неуредици, пропуснати възможности за получаване на ресурс по европейски оперативни програми и като процедура поредна, която постави началото на организационния упадък на КОЦ- В. Търново е некоректно протеклата обществена поръчка за линейния ускорител и последвалите я юридически процедури дълго време след това. Това окончателно промени мечтаните очаквания. Забавянето на пусковия срок на високотехнологичната апаратура се последва от отрицателни финансови резултати, намаляне на заплатите, отлив на пациенти към други онкологични центрове с вече монтирани линейни ускорители. При липса на разработен резервен план в случай на непредвидени обстоятелства, при наличие на

неефективно комуникираната и некомуникираната промяна, поради толериране от ръководството на едни служители за сметка на други се стигна до напрежение в междуличностните взаимоотношения, незаинтересованост за сегашното и бъдещото състояние на организацията, намаляне на инициативността и на желанието за работа. Същото се превърна в устойчива тенденция и като краен резултат се стигна до проблеми с човешкия ресурс – текучество и липса на персонал с необходима специфична квалификация. Равновесното състояние на организацията се наруши. Последва нарушение на качеството на работните процеси и на самите процеси като цяло, както от извънредната натовареност на останалия наличен персонал, така и от новопостъпилия /необучен в деликатната онкологична материя / персонал в предпенсионна и пенсионна възраст. Проблемите с човешкия ресурс доведоха както до променено качество на работа, така и до промяна в производителността на труда.

Засилилото се пациентското недоволство намери сериозно отражение в интернет страницата на лечебното заведение, която в последствие беше заключена за коментари. Последвалите промени в общественото мнение допълнително катализираха отлива на пациенти. Благодарение на ненавременни действия, на неадекватно управлявана организационна промяна, на пропуснати много възможности, всички гореизброени, почти едновременно и каскадно протичащи процеси продължиха негативната тенденция върху финансовия резултат на дружеството, върху работните заплати на персонала и върху кадровия и ресурс, който към началото на обследвания период беше истински капитал.

Стилът на управление на управителя не даде възможност да се възприемат съвети за:

- 1) Търсене на нови чрезвичайни форми на финансиране като нарочно организирани собствени скринингови онкопрофилактични прегледи или участие в национално организираната от МЗ кампания с европейски средства „Спри и се прегледай”, с което да се закупи нова апаратура, чрез която да се разнообразят предлаганите здравни услуги и обучи останалия наличен персонал. На придобиването на допълнителна квалификация се гледаше не като на възможност за създаване на допълнителна стойност, а като заплаха за отнемане на ръководния пост.

- 2) Търсене и съхраняване на готови изградени специалисти. Няколкото новоназначени изградени специалисти останаха за кратко време с обещанията при назначението им, за апаратура, за висока работна заплата и за евентуално общинско жилище под наем, след което напуснаха.
- 3) Търсене на начини за привличане на пациенти.

В този си вид организацията започна трудно да привлича не само пациенти, но и нови служители, т.к. общественото мнение набрираше скорост. Оформените групи по интереси формираха вътрешно мнение, което възпрепятстваше оперативната работа в колектива. Работещите отделения останаха не само без развитие, а в безразличен застой, което беше още по-страшно. Организацията загуби пазарни позиции в следствие на бездействие и в следствие на липса на маниер на човечност по привличане и последващото диспансерно наблюдение на вече „избягалите,, от КОЦ пациенти. Диспансеризираните пациенти в КОЦ останаха по силата на нормативната уредба за райониране и по-малко по собствено желание. Репутацията на организацията премина в състояние на упадък. Поради недоволство от страна на пациентите, личните лекари преориентираха човекопотока както за операции, така и за лъчелечение към лечебни заведения с профил на добре изградена организационна култура, нива на компетентност /определящи се от броя обучени и налични като брой специалисти/ в други градове. Или казано по друг начин към лечебни заведения, които имаха визия за организационното си развитие. В същото това време финансово стабилните лечебни заведения в града и в държавата попълваха кадровия си дефицит с изграждания години и медицински грамотен човешки ресурс на КОЦ-В. Търново, с който организацията се е гордяла и без да е пресилено може да се каже, че това е бил истинският капитал, който е носел конкурентното предимство на лечебното заведение. На новите работни места те намираха съпричастност, уважение, гъвкавост и иновативност, висока степен на подреденост на процесите, предсказуемост и контрол. Качествените служители не търсеха лесния път, точно обратно – в разцвета на силите си те търсеха предизвикателствата, но и човечност, справедливост, кариерно развитие и прилично заплащане. Калени през годините в трудните битки за живот на онкологично болните пациенти участваха енергично във възложените им процеси и го правеха с желание.

Но, по неясна причина - умишлено, от небрежност, от незнание, или пък просто от липса на кардинална стратегия за развитието на организацията и очаквайки

промените да се случат сами, човешката страна на промяната беше игнорирана – като съпротива, като квалификация и като движеща сила в работния порцес.

Ръководството разчиташе на положителния ефект от внедряването на съвременна високотехнологична апаратура в радиологично отделение за възстановяване финансовото равновесие и микроклимата. Живеейки в тази заблуда се пренебрегна човешкият ресурс - засегнат пряко и косвено през периода на внедряването. Така игнорирайки напълно човешката страна на промяната, организацията съществуваше в тихо самодоволство и в очакване на високотехнологичните промени, които трябваше да решат всички проблеми.

Нямаше дискусии относно некоректно проведената обществена поръчка, за която персоналът се информираше от местната преса. Нямаше прозрачност и откровеност нито относно настоящето, нито относно бъдещето на дейността в организацията. Високата степен на неопределеност в организацията, при липсата на доверие и информация относно предстоящото развитие, неразбран, незачетен, при липса на диалогичност и консенсус и в знак на съпротива от случващото се над 10 години, персоналът започна без излишен шум да напуска лечебното заведение. Така организацията постепенно, почти осъзнато с помощта и на пандемията от Covid-19 достигна до състояние на криза, с краен резултат - кризисна структурна реформа изразяваща се в обединение на всички оперативни структури в едно отделение – състояние, при което тотално се разруши балансът между структура и процеси, като с това и потенциалът на организацията се лимитира. Ръководството не оцени работата на ефективните работни екипи и приносът им за постигането на организационните цели.

Какво ще е бъдещето на тази структура и как тя ще отговори на потребностите на обществеността на две области за хирургична дейност в онкологията и на нормативите за „ниво на компетентност“? При така действащото законодателство и сложна пандемична обстановка вероятно времето и експертите ще решат.

В обобщение на анализа може да отбележим, че както финансови, така и нефинансови индикатори сочат за нарушение на нормалността в организацията. В следствие непредвидени заплахи от външни и вътрешни сили на промяната, в следствие на неадекватно управлявана организационна промяна в лицето на неправилни и на несвоевременно взети необходими управленски решения, в следствие на недостатъчно комуникирана промяна, пренебрегнатата роля на човешкия ресурс, се

нарушиха процесите ориентирани към пациентите, което резултира във финансовия резултат, репутацията на организацията и намалено присъствие на пазара на онкологичната дейност. Изправени на прага на критична ситуация, съществува голяма вероятност замисълът по реализацията на промяната да си остане добро пожелание и горчив опит.

3.4. Необходимост от осъществяване на нови видове промяна и превръщане на процеса в постоянен

Базирайки се на изложените резултати и извършения анализ е видно, че е необходимо набелязване на незабавни мерки за подобряване на ефективността на започналата отдавна организационна промяна в КОЦ- В. Търново, за да може организацията да излезе от състоянието на криза, като не бива да забравяме, че на китайски език думата "криза" се състои от два компонента. Единият оказва опасност, а другият представлява възможност.

През последните години всичко около нас се променя с изключително бързи темпове, и като че ли с много по-бързи от тези в теорията на управлението, а времето изисква нов тип управленски професионализъм, т.к. способността да се ръководи промяната внастоящото време е от изключително значение. Обикновено мениджърите са обучени да правят единични подобрения и да вземат единични решения. Те не са обучени да ръководят широкомащабни промени. За да се случи това е необходимо организациите и техните ръководители да разполагат с фундамент за смислена и постоянна промяна, която да отговаря на визията и целите на организацията.

За да се преодолеят сериозните последици от неадекватно състояла се и не добре ръководена промяна, ръководителят трябва дори и с цената на нает консултант да даде диагноза на същността на проблема. Преди да се предприемат определени действия, е необходимо да се диагностицират симптомите на проблема и по този начин да се дефинира самият проблем, ако разбира се не поддържаме умишлено хаоса в системата по причини ясни само на тесен кръг от лица. Поставянето на диагноза е най-трудният момент, а диагностиката е с цел откриване на настъпили отклонения. Тя е възможно да се провежда в две насоки - на ниво система и на ниво елементи на системата, като може да се осъществи в две разновидности:

а/ Самодиагностика;

б/ Външно диагностициране, осъществявано от външни за организацията консултанти.

Въпреки че обстоятелствата налагат, /в одиторския доклад към годишния финансов отчет за 2015г. финансовият резултат е окачествен като „НЕПРИЕМЛИВ, НЕГАТИВЕН РЕЗУЛТАТ С ЯСНО ИЗРАЗЕНА ТЕНДЕНЦИЯ, НОСЕЩА ФИНАНСОВ РИСК ПРИ УПРАВЛЕНИЕ НА КАПИТАЛА НА ТЪРГОВСКОТО ДРУЖЕСТВО“/ самодиагностика за изминалия период в обследваната организация не е прилагана. Същата е била възможно да се извърши т.к. в доклада на експертната комисия за оценка към акредитационния съвет при Министерството на здравеопазването през 2009г. четем следното: „При подготовката не са ползвани външни експерти по оценка и акредитация на лечебните заведения, тъй като управителят на диспансера е експерт по оценка и акредитация на лечебните заведения.“

По-икономичен вариант за диагностика е вариантът, когато в организацията се използват смесени екипи от консултанти - външни консултанти - експерти в определена област на управлението, с богат практически опит, спестяващи щат на организацията, т.к. няма да има необходимост да се използват пълноценно и непрекъснато заедно с вътрешни специалисти. Освен, че консултантите еднократно решават възникналите проблеми, те са неутрални към организацията и дават обективни мнения, оценки, съвети, препоръки. А за да не се пропуснат важни симптоми и проблеми, които са свързани с непознаването на организацията в детайли, участват вътрешните специалисти.

Целта на диагностиката е да се установи проблемът на база на проявените симптоми, а консултантите, които се използват са необходими вече в следващ етап, за да препоръчат съответни мерки, начертаят бъдещите стъпки на задължителна промяна, чрез които ще се разрешат проявените проблеми.

Целта на диагностиката е и да се даде ярна представа за реалното състояние на системата т. е да се разкрият не само отрицателните страни, но и всички фактори, които оказват благоприятно влияние, доколкото те осигуряват успехите на организацията. Чрез установяване на причините за отклоненията съществува възможност за предприемане на съответни мерки с цел ограничаване на действието им или на пълното им неутрализиране.

Проведеното допитване и опит за самодиагностика са извършени с цел уточнение на проблемите от гледна точка на пациентите и на работещите в организацията. Последвалата дискусия на различни равнища, дава възможност освен да се изясни природата на проблема, но и да се определи посоката на развитие. При създадените обстоятелства вече всички са убедени, че всяка следваща промяна е с цел оцеляване. И целта трябва да бъде ясно поставена и определяща цялостната стратегия. За да съществува дейността и онкологичната помощ за две области са необходими неотложни мерки и промяната да продължи – в личностен аспект и в колективен аспект, за да постигнем накрая и желания организационен аспект с удовлетворени пациенти.

В личностен аспект – промяна в начина на мислене, в поведението, в начина, по който правим нещата, защото емоционалното ни „аз“ почти винаги приема промяната за заплаха.

В колективен аспект - всеки един е с различни интереси, толерантност и мотивиращи го фактори, което се отразява на поведението му, а тези несъответствия са и бариери за реализирането на промяната. За целта е необходимо всички предстоящи действия да бъдат комуникирани – това означава да се внесе яснота както за основната цел, така и за основните стъпки по реализирането. И това трябва да стигне до всички. По човешки и по разумен начин е необходимо да се обясни на хората, даже и в индивидуален диалог необходимостта от участието им в неотложно набелязаните мерки за промяна, като се осигури прозрачност и информация. Така те ще се чувстват признати, ценени, защитени, доверието между ръководители и персонал ще бъде възстановено и вероятността сърцето на всеки да последва разума, с голяма вероятност гарантира успеха на промяната. А това вече означава, че персоналът ще ходи на работа мотивиран и отдаден на задърженията си ще разгърне способности, които да бъдат използвани в полза на организацията. Понякога персоналът е абсолютно убеден в промяната, но цената, която трябва да се заплати в личен план е по-висока от цената на останалите. Тогава на дневен ред идва диалогът, за да стане промяната както индивидуално желана, така и съобразена с общата цел. Допълвайки и елемента „подходяща среда“ за реализирането на промяната, ще се сложи начало на „организационно подобрене“ и на управляваната промяната, която веднъж започнала може да стане цикличен и самоподдържащ се процес, както и между другото някога

беше - с ясна посока, мотивиран персонал и създадена подходяща среда за работа. Не бива да забравяме, че здравните организации са зависими от своите пациенти. Затова и стремежът е, ръководени от каноните на медицината и изпълнявайки качествено техните потребности за подредени процеси, квалифициран персонал и високотехнологична апаратура да се оправдаят техните изисквания и да се надминат техните очаквания. Така би се осигурило съхранение на пазарния дял на дружеството. Така вече дружеството може да говори не само за управлявана промяна, а и да претендира за „лидер на промяната” Следва етап на експлоатиране на промяната - в даден момент малките стъпки по експлоатиране на промяната раждат нова, различна промяна. А веднъж започнала, целенасочената адекватно управляваната промяна се превръща в цикличен и самоподдържащ се процес по непрекъснатото подобряване на постиженията, насочвайки организацията към организационно съвършенство.

3.5. Бенчмаркингови практики в „КОЦ – Велико Търново“ и опит на други лечебни заведения приложим като бенчмаркингова практика в „КОЦ – Велико Търново“

Стратегията за тотално управление на качеството навлязла в бизнеса и в частност в здравеопазването съвсем закономерно налага бенчмаркинга като инструмент и възможност за повишаване на конкурентноспособността на съвременната организация и стимулиране на промените в нея. На практика бенчмаркингът се схваща като еталон, мярка или стандарт за добри постижения и служи като ориентир за сравнение с най-добрите фирми от определена област. Търсейки ефективни начини за управление на промяната в организациите бенчмаркингът се превръща в подход за постигане на ефективни резултати, които да повишат ползата за пациентите и обществото. Чрез подхода на бенчмаркинг организациите, в това число и лечебните заведения, могат да си поставят ясни цели за постигане, базирани на информацията за добрите и лошите страни, установени в или извън организацията, които да бъдат въведени и адаптирани към даденото здравно звено, с цел подобряване на дейността и ефективността му.

След влизането на държавата в Европейския съюз в почти всички лечебни заведения по един или друг начин започна процес на промяна свързан основно с процеса на тотално управление на качеството. В този смисъл на основата на съпоставка с международни онкологични центрове и национални със сходна дейност - основно със

СБАЛО гр. София, в КОЦ-В. Търново се започна продължителен във времето процес на внедряване на съвременна лъчетерапевтична апаратура на стойност 5 776 891. 20 лева., с която да се намали до минимум пораженията на органите, съседни на органите подлежащи на лъчелечение и така се увеличава прецизността на лъчевия сноп. От самото начало до края, технологичният процес е оптимизиран чрез по- малко увреждане и най-добро лъчелечение. Освен това той е дигитализиран и може да се наблюдава във всеки един момент. Изключително ценен от бенчмаркингова гледна точка е уредът за брахитерапия, с който се осъществява облъчване на формации в кухни. Това е изключително модерен апарат и съобразно приставките би могъл да изпълни изцяло предназначението си за вътрекухинно лъчелечение на различни органи.

Факт е обаче, че поради продължителния процес, равновесното състояние на организацията е нарушено. Лечението на пациенти с онкологичното заболяване е комплексно и съобразно локализацията в алгоритъма на лечение се комбинират оперативно лечение, лъчелечение, химиотерапия и хормонотерапия.

Анализирайки показателите преминали болни и средна брутна работна заплата представени в Диагностични карти установяваме, че въпреки намалящия първи показател се отчита увеличен втори, което подсказва за оправдани надежди и реални финансови резултати успоредно с повишено качество на лъчелечението.

Следвайки примера „равнис по първите”. след икономическа обосновааност и мотивираност на служителите, промяната следва да продължи с минимални икономически разходи. Приоритетно бенчмаркинговите практики биха могли да имат следния порядък:

1. Обезболяване със спинален катетър – това би довело до психологичен комфорт в първите 72 часа, което също би намалило разходите при големите коремни операции на медикаменти в ампулна форма. Освен фармакоикономически ефект, би облекчило в 100% следоперативната болка и би довело нови пациенти, а това и нови приходи.

2. Поставяне на порт-а-кат система - позволява щадене на вените при химиотерапия, осигурява широк лумен и бързо преминаване на лекарствените продукти, намаляване на риска от инфекции. С него се избягват десетките убождания по ръцете, както и свързаните с тях усложнения като хематомичъ съдови възпаления и се предотвратява калцирането на вените, а с това се повишава и качеството на живот в

периода на лечението. Постоянният венозен катетър намира приложение и за взимане на кръв за диагностични цели, за преливане на кръв и кръвни продукти и за парантерално хранене при необходимост.

Докато в чужбина това е стандарт, в България методът набира популярност през последните години.

Имплантиращият се порт е устройство, което се въвежда под кожата в тялото и обичайното му място е на гърдите. Той е съставен от корпус, свързан с тънка тръбичка, която е въведена в една от вените на гърдите. Благодарение на него лекари и лаборанти имат достъп до кръвния поток. Устройството позволява както вливане на лекарства и препарати, така и взимане на кръв за лабораторни изследвания, с което почти елиминира нуждата от допълнително манипулиране на вените. Процедурата по поставянето му е лека, извършва се с местна упойка и трае максимум час.

3. Хистероскопия с резектоскопия - освен необходимия оглед и обикновена биопсия, които могат да се извършат с настоящата апаратура, полезността на метода би могъл да се използва чрез закупуване на по-висок клас хистероскоп с резектоскоп бихме, чрез който ще се избегне излишното отстраняване на орган, т. е при необходимост методът е органосъхраняващ. Това би било полезно както при млади жени до завършване на репродуктивният им живот, така също и при възрастни –при сериозни противопоказания от страна на сърдечно-съдовата система за големи, животозастрашаващи интервенции.

4. Лапароскопски оперативни интервенции – миниинвазивната хирургия отдавна е в основата на оперативна дейност като диагностична и лечебна процедура. Методът все още е нов за организацията, но в световен и национален план отдавна е претърпял проверката на времето. Води до бързо следоперативно възстановяване, по-малко разходи за болницата и по-голям оборот на леглата, по-бърз възстановяване и връщане в семейството и на работното място.

При наличния опитен и с висок професионализъм персонал към началото на обследвания период за тази възможност съществуваша реални условия. Така би се подобрило разнообразието от предлагани услуги, а от там ефективността и производителността на труда, като така се добави и стойност към предлаганите качествени услуги.

5. По примера на СБАЛО гр. София, АДЖИБАДЕМ - Сити Клиник - Онкологичен център, СБАЛОЗ – Варна създаване на *кабинет по медицинска психология*. Чрез назначаване на клиничен психолог и клиничен социален работник, осигуряване на защитена среда за споделяне на емоции, чувства и преживявания, свързани с болестта, и справянето с нея.

Световните проучвания показват, че поставянето на онкологична диагноза е посочвано за едно от най-стресиращите събития в човешкия живот. Пациентите с онкологична диагноза страдат по-често от безсъние, липса на апетит, депресия, страх, несигурност, социална изолация. Тези състояния могат да са и нормален отговор на създалата се ситуация, но според интензитета и продължителността си могат да формират клинична картина на тревожно –депресивно разстройство, паническо разстройство, посттравматично стресово разстройство. Кабинетът по "Медицинска психология" би могъл да е в помощ на пациентите с онкологични заболявания, техните близки чрез оценка на психологичен статус, психологично консултиране и психотерапия. Целта е да се подпомогне адаптирането към болестта на пациентите и техните близки и се възстанови психологичното им и емоционално равновесие.

6. Мениджмънт на информацията, като начин за създаване на добавени социални и финансови стойности.

За ефективния достъп към съществуващата в организацията информация е необходимо създаване на интегрирана база данни. С нейна помощ е възможно, както да се проследят всички процедури през които е преминал пациента в болницата, резултатите от тях, онлайн проверка на изследвания на проведени при диспансерните посещения, така също и да се решат отчетно-справочни и статистически данни за брой преминали пациенти по нозологични локализации, брой леглодни като цяло и по отделения, среден престой в стационара, фармако-икономичен анализ на цената на леглоден съобразно диагнозата и за всеки отделен пациент, да се извършва анализ на събитията и по този начин ще се предотвратяват редица конфликтни и кризисни ситуации и целево ще се ръководят процеси и явления в здравната организация. Доказано е, че една от движещите сили за адекватни промени са комуникациите чрез информационни технологии. Новите възможности за генериране и предоставяне на информация променят начина на живот, начина на работа и мислене. Изискванията се увеличават непрекъснато на всяко ниво, от индивидуалното през националното до

глобалното и би било добре тази локална информационна мрежа да е част от глобалната информационна мрежа в здравеопазването.

Общозвестен факт е, че „изсветляването“ на фактите чрез електронното здравеопазване ще доведе до намаляване на редица злоупотреби.

7. Puxis - автоматизирана система за управление на медикаменти, предназначена за повишаване безопасността на пациента и ефикасността на лечение. Тя спомага за съвместната работа на медицинския и фармацевтичен персонал. Системата съставя по електронен начин списъка с лекарства на пациента и показва състоянието на поръчките. Тя има функция за разпознаване по пръстови отпечатъци и електронно проследяване и документиране, които предпазват досието на пациента от неоторизиран достъп. Традиционните системи за медикаменти, които са неефикасни и склонни към грешки, повишават както риска, така и стойността на лечение. Със системата за електронно управление на медикаментите могат да се предотвратят много грешки, като например непълна информация, алергии, дозировка, лекарства със сходни имена, др. Доказано е, че автоматизираното управление на лекарства не само решава традиционните проблеми свързани с медикацията, ни подобрява клиничните и оперативни резултати. По примера на Ascıbadem, която през 2006 г. въведе система за електронно управление на медикаментите за първи път.

8. Мениджмънт на проблема „третиране на хроничната онкологична болка”

Пациентът е в двупосочна връзка със системата за здравни грижи и услуги и полагащите за него грижи и социалната здравна среда са изцяло зависими от нормативната рамка, но организационната култура позволява предлагане на здравеопазване с различно качество съобразно мениджмънта и здравната политика на организацията и във функция от нейното техническото и технологично обезпечаване.

Това ще бъде вид услуга, която освен за пациента ще бъде в особено голяма помощ на неговите близки, които също съпреживяват проблемите на онкологично болните. Това предполага освен периодично провеждане на обучение на персонала (сестри и лекари) по палиативни грижи, качество на живот, грижи за стомирани болни, участие в провежданите конференции в тази област на медицинската наука. Необходимо е също разработване на нагледни материали, които са в помощ на болните и техните близки, с указания за заболяването, преодоляване на страничните ефекти.

Така и пациенти и техните роднини няма да се чувстват изоставени в последните месеци от живота си и да търсят алтернативни методи за самоспасение.

9. Като добра практика, която може да се внедри е ***в отделението по Клинична Патология да се работи с видеомикроскоп***, чрез който ще се даде възможност за онлайн консулт на материалите по примера на световни онкологии.

10. Подобряването на Интернет страницата на лечебното заведение - да съдържа данни за местонахождението с удобство за навигация, данни за извършваните дейности по клинични пътеки, по клинични процедури и извършваните високо специализираните дейности по договор с НЗОК. Данни и сключени договори за взаимодействие и с други договорни партньори от други здравноосигурителни компании. Ценоразпис на платени услуги. Данни за работещите в лечебното заведение специалисти и тяхната степен на квалификация.

Интернет страницата на лечебното заведение да е максимално актуална, с оторизиран достъп до базата данни и персонален идентификационен код за достъп на всеки служител и пациент, с което се получава персонифицирана информация за резултатите от извършените им изследвания, дати за явяване на бъдещи диспансерни прегледи, като се спазва закона за личните данни и условието за конфиденциалност относно заболяването. Така ще се постигне по-добро обслужване на пациентите, чрез ефективни методи за обратна връзка по примера вече на почти всички лечебни заведения, в частност на всички лечебни заведения за онкологична помощ.

11. Изграждане на видео връзка, която дава възможност за телемедицина в реално време по примера на Университетски онкологичен център гр. Плевен-II база.

12. Хай-фу технология /HIFU/ - high intensity focused ultrasound – високо интензивен фокусиран ултразвук. Изключително скъпоструваща технология. Немислима към сегашния момент. Но защо не...?! Методът намира изключително широко приложение и популярност във водещите световни клинични центрове през последните години, а от няколко години и в болница „Света Марина” - гр. Плевен. Ултразвуковата аблация е революционен, радикално нов подход при третирането на новообразувания в човешкото тяло (тумори) - както доброкачествени, така и злокачествени. Това е напълно неинвазивна медицинска терапия, при която чрез насочен ултразвуков сигнал и при уникална прецизност се постига аблация (стопяване)

на новообразуването. Терапията е органосъхраняваща, без конвенционална хирургична интервенция - без разрези, без кръвозагуба, с минимален риск от инфекции и липса на оперативен стрес. Ето защо все по-често започва да се използва термина “ултразвукова хирургия“. Ултразвукът минава през тъканите без да ги уврежда, подобно на диагностичния преглед. С помощта на специален трансдюсер енергията на ултразвук едновременно в точката на фокусиране на лъча генерира достатъчно топлина (до 100С), за да бъдат атакувани и унищожени патогенните клетки. Това е безшевната хирургия на 21 век.

13. Разкриване на Кабинет за обслужване на пациенти в амбулаторно - домашен режим.

3.6. Стратегии при осъществяване на промяната в ”КОЦ - В. Търново” - ЕООД

Под “стратегия” за промяна разбираме последователен подход, избран в зависимост от обстоятелствата. Няма една - единствена най-добра стратегия. Изборът и успехът на определена стратегия зависи от конкретната ситуация. Практиката показва, че една стратегия е истинска и ефикасна, само когато не е преписана, не е конфекционирана, когато не е „претупана набързо“ и когато персоналът на организацията е бил въввлечен да участва в нейното създаване още от самото начало.

Базирайки се на голямото теоретично разнообразие от стратегии, съблюдавайки предмета на дейност на организацията, мисията, целите, постиженията на конкуренти, партньори, нормативни промени и непрекъснато повишаващи се изисквания на пациенти отчитаме един микс от стратегии при стъпаловидно протичащата промяна в „КОЦ - В. Търново“ - ЕООД започнала след промяната на лечебните заведения в търговски дружества и смяната на собствеността от държавна в общинска.

Трансформацията в лечебните заведения започнала през 2000 година наложи същите да се съобразяват при своето развитие с принципите на функциониращата пазарна икономика, а създаването на частни лечебни заведения засили конкуренцията в областта на здравния сектор. Едновременното развитие на технологиите през третото хилядолетие превърна промяната в неизбежен процес за лечебните организации. С оглед тяхното оцеляване в непредсказуема и бързо променяща се среда, ефективност и

дългосрочна перспектива както в другите немедицински сфери, така и в медицината в „работен порядък“ се заговори за „съвършената организация“. Философията на съвършенството се базира в постигането на високи резултати чрез балансиране на организационния дизайн и реализирането на потенциала на човешкия фактор.

А стратегическият инструментариум на който се заложи за организационна промяна, с която се цели съвършената организация е TQM - системата за тотално управление на качеството, която е разработена през последните 40 години, в САЩ и Япония. Тя се основава на допускането, че 90% от проблемите са свързани с процесите, а не с персонала. TQM е система, която комбинира качествения контрол и организационния модел, разработена въз основа на планиране и непрекъснато внедряване на подобренията. Тя представлява логическа еволюция на управлението чрез цели и стратегическото планиране, където качеството на дейността се дефинира от гледната точка на клиента и организационната стратегия се централизира около качеството.

Според стратегията за тотално управление на качеството, то трябва да се преследва на всички нива. Отнесени тези рязсъждения към сферата на здравеопазването стават многолики - качество на структурата, на процесите, на резултатите.

В частност в „КОЦ - В. Търново“ – ЕООД този процес започва с намаляване обема на човешкия капитал организацията, с цел подобряване на финансовите й показатели. Редуцирането на кадри е приложено и с презумция за повишаване на ефективността и задържането на размера на работните заплати. Следва дългогодишна промяна, подчинена на стратегията за тотално управление на качеството, отнесено към условията на труд и най-вече към технологичното ниво на лъчетерапевтичната апаратура. Препоръки за това има и от комисията по акредитация, които са отразени в доклада от 2009 година. Промените в системата на онкологията относно лъчетерапевтичната апаратура стават под външния натиск на държавата, партийни активи, неправителствени пациентски организации, препоръка от комисията по акредитацията към МЗ през 2009 г. и приключват със закупуване на високоенергийни източници за лъчелечение за всички КОЦ в държавата, а локално в „КОЦ - В. Търново“ – ЕООД е приложен микс от директивна стратегия, /или според други класификации силова стратегия/ маркетингова стратегия и нормативна стратегия.

Засегантите лица, в крайна сметка се оказват неудовлетворени от ефекта на тези промени. Ръководството на „КОЦ - В. Търново“ – ЕООД отчита интересите на организацията при планирането и реализирането на промяната, като частично информира и включва в минимална степен, ръководните кадри от средно ниво. Това създава у тях усещане за съпричастност, но на практика те са изключени от процеса на вземане на решения за промяна. Отклонение от първоначалния план по принцип не е предвидено. За този вид стратегия, както и в литературата е описано се изисква ръководна личност със силна лична власт и власт произтичаща от заеманата длъжност. Това е успешна стратегия, защото замисления проект е осъществен, а засегнатите са се подчинили на промяната.

В литературата е описано, че този вид стратегия е подходяща и често използвана по време на криза, като за втори път бе използвана при структурната промяна и обединението на всички отделения с оперативен профил в едно. И при първия и при втория случай нейното прилагане в „КОЦ - В. Търново“ – ЕООД резултира в серия от неблагоприятни последици, довели до съпротивителното поведение на човешкия фактор и изразяващо се в прекратяване на трудовия договор.

3.7 Мерки за развитието на КОЦ- В.Търново към настоящия момент

Ковид-19 пандемията доведе до ескалация на натрупаните през последните години проблеми в организацията и така още веднъж доказва, че добри финансови резултати без добро здравеопазване няма. Освен състоялата се кризисна структурна реформа е необходимо да се положат усилия към завръщането на онкологичните пациенти към КОЦ-В.Търново. Необходимо е страдащият пациент да почувства, че фокусът на вниманието, грижите и предлаганите услуги са насочени към него, поради което част от усилията да се ориентират към дигитализация на предлаганите медицински услуги. Онкологията е една от медицинските специалности, които генерират огромни масиви от данни, свързани с лабораторни, генетични, патоанатомични, образни изследвания и множество разнообразни сложни терапевтични процедури по пътя на пациента с онкологично заболяване. Поради изразеното текучество и консерватизъм по отношение на дигитализацията в организацията настъпи криза в комуникациите, а промени от този тип биха улеснили вземането на бързи, информирани и адекватни решения от всички участници в лечебния процес.

1. За целта е необходимо разработената интернет страница на лечебното заведение да съдържа:

- подробни данни за работещите специалисти по специалности, степен на квалификация, възможност за контакт и работен график на всеки от тях.
- с оглед спецификата на заболяването, неговата социална значимост и последваща степен на инвалидизация е необходимо по подходящ начин / чрез статии или видеоматериал/ да бъде поднесена на пациентите първоначалната симптоматика и клинична картина на различните онкологични заболявания, както и действащата нормативна база при временна и трайна нетрудоспособност.
- възможност за персонална проверка на резултати от проведените изследвания при диспансерните прегледи.
- възможност за онлайн консултации.

Новите възможности за генериране и предоставяне на информация ще пестят време, ще променят начина на живот, на работа и мислене на пациенти и служители.

2. Успоредно с дигитализацията е необходима политика за ускорено създаване, привличане и задържане на кадри чрез обособяване на специални стипендии, различни битови облекчения и привличане на висококвалифицирани специалисти.

3. Осъществяване на кампанийни скринингови прегледи с различна онкологична насоченост, като при установени новооткрити заболявания пациентът да се мотивира да остане да се лекува в КОЦ.

4. Наличието на високо квалифицирани анестезиолози в колектива **позволява да се въведе рутинно обезболяване със спинален катетър**, което при големите коремни операции би имало и фармакоикономически ефект.

5. Завръщането в града на екип от квалифицирани съдови хирурзи позволява привличането им по договор за **поставяне на порт-а-кат система**. Освен, че има възможност за щадене на вените при химиотерапия се повишава и качеството на живот в периода на лечението, а като обособена самостоятелна клинична пътека ще носи и допълнителни приходи при минимален болничен престой.

6. След напускането на гърдният хирург би могло да се използва модерно оборудването, с функционални легла и кислородна инсталация над всяко легло сектор към хирургично отделение, за пациенти с необходимост от палиативни грижи. Практиката показва, че при изразения миграционен процес в държавата, при

ангажираност на близките, отглеждането на пациент в терминален стадий е изключително трудно, сложно и с цената на средства, които далеч не отговарят на качеството, което би могло да се предложи в болнично лечебно заведение. А освен осигурено качество на живот за пациента, това би било друго перо за приходи в организацията по съответната клинична пътека.

7. Лечебното заведение би могло да е част от общата мрежа за ваксиниране срещу Ковид-19, т.к. онкологичните пациенти са едни от най-имунокомпрометираните.

8. Да се положи научно начало и развие на направлението „Имунотерапия на онкологичните заболявания” към КОЦ-В.Търново, вместо пациенти да се самолечат с Имунофан и Сатрап по свое усмотрение.

9. Промяна в маниерите на общуване с пациентите и техните близки правейки потребителското преживяване по-добро т.к. освен удовлетвореност от ползваната услуга служи за лоялност от страна на пациентите, а също и за добавяне на стойност чрез бъдещи новодошли пациенти.

Популяризирането по всякакъв начин на новите възможности за здравни услуги, ще възвърне репутацията на организацията, а с промяната на общественото мнение постепенно ще се увеличат постъпленията в организацията, ще се подобрят икономическите резултати и постепенно и поетапно ще се създаде възможност за инвестиции в апаратура, в квалификацията на персонала, промяна на възнагражденията и ред други иновативни възможности .

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Въпреки риска, който съществува промяната обикновено е свързана с икономически и социален напредък. При съвременните условия организационната промяна е безспорно необходим сложен и многокомпонентен процес независимо от вида на промяната, обема и мястото в йерархията на структурата, която ще се реформира. Тя не е еднократен акт, а продължителен, изискващ управление и същевременно сложен за управление процес, качествено по-различен и по-труден от всекидневната рутинна управленска дейност.

За да бъде ефективна организационната промяна се изисква задълбочен анализ, точна диагноза на сегашния статус, умения за баланс между промяна и стабилност, умения за баланс между целта на организацията и потребностите на хората, нестандартни творчески решения и флексибилност, с оглед просперитета на организацията. Това предполага адекватни културни нагласи, съпричастност и активен фокус върху всички нива на системата (организация – екип – индивид). Това не означава самоцелност и „циментиране“ на статуквото, а необходимост, целесъобразност и законност.

Истинският професионализъм се нуждае от откриването и осъзнаването на новите истини за живота и съвременното общество, част от които се крият в електронното здравеопазване. Честите провали или недотам успешни промени обаче навеждат на мисълта, че в съвременната динамична среда, в здравеопазването все още липсва система, която да възпитава управляващи промените кадри, независимо от нивото им.

След множеството анализи в настоящата разработка, недвусмислено се доказва ефективността на Системата от балансирани показатели за повишаване ефективността на мениджмънта. Едва ли съмнение за това каква е ролята на информацията при вземането на управленско решение, особено ако тази информация е навременна и особено актуална. Именно чрез Системата от балансирани показатели, мениджърът ще може да получава информация за всеки един фактор, който го интересува, без да се притеснява от субективизма при определянето на нивата на тези показатели.

Тъй като „КОЦ - В. Търново“ –ЕООД не използва ERP система, а четири отделни софтуерни продукта, решението е въвеждане на системата от балансирани показатели.

Именно след въвеждането на такъв софтуерен продукт, за обработка на информацията от диагностичните карти, мениджърите на организацията биха могли да използват информацията, като я превърнат бързо и ефективно в обосновани решения и действия. Всичко това би довело до икономически и социален възход на организацията и на служителите в нея, което е немислимо без:

- 1) провеждане на обучения, с цел акцентирание на нуждата от промяна и приемане и осъществяване на промяната.
- 2) преките ръководители и висшия мениджърски състав, по силата на личния пример, да демонстрират своя собствен ангажимент към промяната.
- 3) служителите да са мотивирани да работят в организацията, тъй като виждат надежда за нейното развитие.
- 4) да се увеличи финансовия резултат на организацията.
- 5) да се подобрят взаимоотношенията с контрагентите, организацията и нейните доставчици да са взаимозависими и във взаимноизгодни отношения, защото това позволява и на двете страни да създават добавена стойност.
- б) да се увеличат показателите за социалната ефективност на здравната дейност - това става чрез измерване на удовлетворението на пациентите;
- 7) организацията да стане конкурентноспособна на базата на реални умения и компетентност на човешкия й капитал.

Модерното управление на организацията може да се реализира само от мениджърски екипи с висока квалификация, които работят в условия на непрекъснатост на организационно-управленски иновации в контекста на динамично променящата се външна среда.

Организациите, които се подчиняват на стабилността, живеят в миналото и в крайна сметка плащат определена цена за това. Естествено няма универсална формула и прости решения. Един от критичните въпроси, важно предизвикателство и условие за ефективна промяна през новото хилядолетие, е да се реализира максималният потенциал на липсващия в нашата държава човешкия фактор, в името на потребителя - пациента, защото управлението на промяната в голяма степен е свързано с управлението на хората и тяхното отношение към промяната.

➤ ИЗВОДИ

Ако си послужим с проявленията в природата и речника на Филип Котлър можем да направим сравнението, че през последните няколко години „КОЦ - Велико Търново” се намира в състояние на икономическа турбулентност. В обобщение на анализа може да отбележим следните изводи:

- В настоящият момент пред лидерът на промяната в „КОЦ - В. Търново“ – ЕООД стои предизвикателството да планира, осъществи и контролира промени в правилната посока;
- Въпреки „затягането на коланите” във всичките му разновидности - съкращение на персонал, ограничения разходите за консумативи, за обучение, за работно облекло, за подновяване и внедряване на нови компютърни системи, последващо разформироване на онкогинекология, усещането за несигурност персистира;
- Внедрявайки изключително ценна иновативна технология в областта на консервативното лечение, се пренебрегва оперативния сектор;
- Кризисна структурна реформа изразяваща се в обединение на всички оперативни структури в едно отделение – състояние, при което тотално се разруши балансът между структура и процеси, като с това и потенциалът на организацията се лимитира;
- В опита за търсене на адаптивен, гъвкав начин за оперативна промяна се стигна до изкривяване на процесите в организацията в различни от досегашните плоскости.
- Изразеното текучество и намален кадрови състав, дава отражение на качеството на предлаганите медицински услуги;

Възможности за ефективна промяна, могат да се открият навсякъде: в успехите и провалите на самата организация, както и в успехите и провалите на нейните конкуренти; в противоречия, особено в процеса на изпълнение на дейността или противоречия в поведението на пациентите.

При изпълнението на стратегията трябва да се заложи на професионализма и високата квалификация на наличните здравни специалисти, както и да се развият такива здравни услуги, които използват сравнително по-малко ресурси, не водят до продължителна хоспитализация и не натрупват големи разходи.

➤ ПРЕПОРЪКИ

Предложение за развитие на организацията към Министерство на здравеопазването, Дирекция "Социални дейности и здравеопазване" към община В.Търново и РЗИ – В. Търново, са следните:

- Необходимо е систематично и непрекъснато подобрене на предлаганите здравни услуги, производствен процес, маркетинг, обслужване, технологии.
- Управляващият екип да подаде заявка към софтуерната фирма за проектиране и разработване на софтуерния продукт „Система с балансирани показатели” като инструмент за стратегическо управление;
- Закупуване на апарати и инструменти за миниинвазивни изследвания и манипулации;
- Създаване на единна информационна система, която ще координира дейността между отделните звена в рамките на организацията.
- Необходимо е непрекъснато обучение, развитие и усъвършенстване на персонала. Ръководството да се ангажира с политика за повишаване на квалификацията на всички служители, изразяваща се в ежегодна програма за специализация и следдипломно обучение.
- Да се разработи политика към дългосрочното развитие и задържане на служителите, като не се пренебрегват демографските показатели при планирането на кадровата обеспеченост.

Имиджа, който има „КОЦ - В. Търново“ – ЕООД през последните години на пазара на здравните услуги, правят единственият полезен ход за излизане от създалата се ситуация, осъществяването на обстойна диагностика от външен консултант, който да набележи силните и слабите страни, заплахите и евентуалните възможности за развитие. Това би определило вярната посока за развитие. Това няма да може да бъде осъществено без ефективната експлоатация на вече наличните в организацията нови технологии, като линейния ускорител и особено на брахитерапията, която може да се прилага за лечение не само при гинекологични, но и при урологични и хирургични пациенти. След това промяната трябва да продължи с въвеждането на технологични новости и в другите подзвена на организацията.

В този смисъл обхвата на услугите да е фокусиран предимно върху най-често срещаните преканцерози изискващи хирургична намеса и кратък следоперативен престой. От хирургията това са и лапароскопските намеси с кратък следоперативен престой (под 3 дни) и финансирани от НЗОК. По подобен начин трябва да се подхожда и към гинекологичния контингент, където акцентът да пада по-скоро върху планови ендоскопски гинекологични операции или манипулации.

Така, подобрявайки качеството на предлаганите здравни услуги от диагностицирането през целият процес на лечение, ще се достигне до покриване на съвременните изисквания и за качествено здравеопазване. По този начин завършената здравна услуга, която ще се предлага в „КОЦ - В. Търново“ – ЕООД, би върнала загубеното доверие в него и с това ще се осигури непрекъснатостта на организационната промяна, в отговор на нуждите и изискванията на увеличеният брой пациенти, без да се наруши равновесното състояние на процеса организационна промяна. Тя би трябвало да бъде една систематична политика на иновациите или по друг начин казано създаваща промени политика. Чрез една такава политика, лидерът на промяната би си осигурил подкрепата на човешкият ресурс в организацията, който ще успее да види възможностите, които промяната предлага.

Новаторското мислене представлява постоянна работа, която трябва да бъде организирана като постоянен компонент във всяко звено на организацията и на всяко от управленските нива.

Резултатът от успешната промяна трябва да доведе до изграждане на продуктивна работна среда с последващи рентабилност, конкурентноспособност, гъвкавост и ефективност. Именно това е варианта за въвеждане на ефективно управление на промените първо в оперативен, а в последствие и в стратегически порядък. Което към днешна дата означава, че имаме още много да учим как се управляват ефективно промени, а в името на професията и българския пациент усилието е напълно оправдано!

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Американската академия на актьорите, Актьорска стабилност, Американската академия на актьорите, Вашингтон, Д. К., май 2012 г.
2. Ангелов А., Основи на мениджмънта. С., 1995
3. Ангелов Г., Най-добрата здравна система – Конкуренцията лекува, Капитал, 2009
4. Андреева, Л., Управление на промяната и прехода, „Класика и стил”, 2005г.
5. Андреева, М., Основи на управлението, Варна, Издателска къща „СТЕНО”, 2003
6. Атанасова, Е., Павлова, М., Мутафова, Е., Речел, Б., & Groot, W. "Неформални плащания за здравни услуги: опитът на България след 10 години формални преводи". Европейският вестник за обществено здраве, 2013., стр.165.
7. Борисов В., Мениджмънт на организационната промяна, ФАР- 1977, 50с.
8. Борисов, В. Стратегически здравен мениджмънт – философия и практика, Филвест, 2006, 320 с.
9. Борисов, В. Здравен мениджмънт с основи на здравна политика, С., 2003.
10. Борисов, В. Синтетична социална медицина. С., 2004, 140 с.
11. Борисов В., Дефицитът на лидери-барьера на здравната реформа, Годишник на ФОЗ, Наука и общество, 2015, 37-45с.
12. Борисов, В. Здравната реформа на кръстопът – хаос или мениджмънт. С. 2008 г.
13. Борисов В., Ц. Воденичаров, Реалности на здравната реформа. София, 2000, 48 с.
14. Бюсе, Рейнхард, Маркус Вьорц, Германските планове за „модернизиране“ на здравеопазването, Eurohealth, Volume 9, Number 1, Spring 2003;
15. Вземане на решения и промени в нормативната уредба и тяхното въздействие върху дейността и стабилността на НЗОК, НЗОК, ноември, 2014 г.
16. Воденичаров, Ц. Управленската компетентност – ключ към ефективна промяна, Здравен мениджмънт, 2005, 2, 5-7.
17. Воденичаров, Ц., Десетте принципа на медика и мениджъра, „Симелпрес” 2010г.
18. Воденичаров, Ц., Борисов, В., Феноменът обществено здраве в променящия се свят – пътят към една нова наука
19. Воденичаров, Ц. Професионалният здравен мениджмънт няма алтернативи, Медицински меридиани, 2015/2

20. Воденичаров, Ц. Здравна политика, основана на доказателства. Здравна политика и мениджмънт, 2006/1
21. Воденичаров Ц., В.Борисов, Феноменът обществено здраве в променящия се свят, Горекс Прес 2017,384с.
22. Воденичаров, Ц., В. Борисов., Ст. Гладилов, К. Чамов, Д. Кръшков, Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване, София., Здравен мениджмънт 2005/2
23. Воденичарова А., Лидерство и мениджмънт в здравеопазването, ЦМБ – МУ София, 152с., 2020
24. Вълчев, Н., Стратегическо управление, ГорексПрес, 2007г.
25. Главен план за болници и специфични планове за регионално изпълнение. Кредити 2009
26. Гладилов Ст., Велева Н, Търсене и предлагане в здравеопазването: основни понятия и приложението им в условията на реформа на българското здравеопазване, Здравен мениджмънт, №1, 2005, 32-36.
27. Голиновска, Ст., и колектив, "Сценарии за разходи за здравеопазване в новите държави-членки". Декември 2007 г.
28. Грива Хр. Здравеопазване: „Задача“ за управленци. Социална медицина, брой 3, 2003
29. Григоли, Фр., и Капсоли, Х., "Отпадъци НЕ: ефективността на разходите за здравеопазване в развиващите се и развита икономика", МВФ, 2013 г.
30. Гьошев, Б., Основи на управлението, УИ – МВБУ, 2012
31. Данчев, Н. - Психология на промяната. Габрово. 2001
32. Давидов, Б. “Модели за финансиране на системата за медицински услуги: философия и технология - сравнителен анализ”, 3, 2003, № 3, 44-49; № 4, 22-26;
33. Данъчно облагане и митнически съюз. Служба на Европейския съюз: Люксембург.
34. Делчева, Ев., Повишаване на конкурентоспособността на здравеопазването в България, София: Авангард Прима, 2009
35. Делчева, Ев., Здравна икономика, учебен ресурс за дистанционно обучение по Магистърска програма по Публична администрация, УНСС, 2011
36. Деминг, У., Е., Изход от кризата, Рексинтегра, 2014г.

37. Джилингъм, Р., "Фискална политика за здравните политики", Световна банка, 2014 г.
38. Димитров, Д., Стратегии и мениджмънт на организационната промяна в здравеопазването, „ГорексПрес”, 2011г.
39. Димитров,Д. Здравният мениджмънт като професионална кариера – Здравен мениджмънт, 2008/1
40. Димитров,Д. Професионална компетентност и реализация на болничните мениджъри – Здравен мениджмънт 2008/5
41. Димова, А., Мир. Попов, М. Рохова. Здравната реформа в България – необходимост, развитие, резултати, перспективи. 2007, 343 с.
42. Димова А. Рохова и др., България: Преглед на здравната система, Европейска обсерватория, 2012 г.
43. Димова и колектив, "Анализ на лицата, които нямат здравно осигуряване" Национална агенция за приходите (2013 г.),
44. Димова, А., Рохова, М., Мутафова, Е., Атанасова, Е., Коева, С., Пантели, Д., & ван Джинкен, Е. "Здравни системи в преход: България". Health, 2012, 14 (3).
45. Доклад за здравето на нацията в началото на 21 век, МЗ, юни – 2004 г.;
46. Доклад от експертна комисия за оценка към акредитационния съвет при Министерството на здравеопазването
47. Доралийски А, Стратегически мениджмънт, НБУ, 2008г.
48. Дракър, П . Ефективно управление. София: Класика и стил; 2002г.
49. Дракър, П, Мениджмънтът в следващото общество, Класика и стил, 2006г.
50. Европейска база данни (НFA-DB), Европейско регионално бюро, Световна здравна организация, 2005 г.
51. Евростат (2014 г.). Тенденции в областта на данъчното облагане в Европейския съюз. Данни за държавите-членки на ЕС, Исландия и Норвегия.
52. Закон за здравното осигуряване; Публикуване - ДВ бр. 70 / 19.06.1998 г.; Последно изменение - ДВ, бр. 18 / 04.03.2014 г.
53. Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина от 2007 г.
54. Зафирова, Цв. Стратегически приоритети и задачи в дейността на лечебните заведения, Социална медицина, 2001/ 2, с. 39-40.
55. Захариев, А., Финансово управление на човешките ресурси, Абагар, Велико

Търново, 2001

56. Иванов Л., Големанова Ж., Болничен мениджмънт, НЦОЗ
57. Иванова, Г. "Доброволното здравно осигуряване се развива с бързи темпове", 2004, в.Пари, бр.231
58. Илиев, Й. Управление чрез мотивация, ВСУ "Черноризец Храбър", Варна, 2009
59. Илиева, С. - Организационно развитие. С., Университетско издателство "Св. Климент Охридски", 1998
60. Казаков, А. Човешкият капитал. Формиране, функциониране и инвестиционни решения.- Стопанство, София, 2010
61. Каменов К., Н.Маринова, Кр.Хаджиев. Управленският процес и екипната дейност. НБУ, 2005, 176-200.
62. Кехайов, А. Някои аспекти на изграждане на капацитета на здравеопазването в България в условията на членство в Европейската общност, Здравен мениджмънт, 2007/2
63. Клементс, Б., Гупта, С., и Shang, В., "Сметка на здравето". Финанси и развитие, МВФ, декември 2014 г.
64. Комитов, Г., Стр. Генов. Здравната политика и нейните стратегически приоритети в условията на продължаваща реформа. Здравна политика и мениджмънт, 2008/3
65. Костадинова Д., АББ, Финансиране и управление на болниците в условията на промяна, Презентация, София, 12.05.2005 г.
66. Котлър Ф., Каслионе Д., Хаотика, мениджмънт и маркетинг в епохата на турболентността, „Абагар”, 2009г.
67. Коуди, Д., Франсес, М., и Shang, В., "Императивът за ефективност", финанси и развитие, МВФ, декември 2014 г.
68. Кулаксъзов, Ст. и др. Здравни системи в преход – България. 2004, 94 с.
69. Максвел, Д, К, Мислене за промяна, „Класика и стил”, 2006г.
70. Министерство на външните работи, Дания. Фармацевтичен и здравен сектор, България, 2014 г. <http://bulgarien.um.dk/da/~~/media/Bulgarien>
71. Наредба за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на Лекарствени продукти, в сила от 30 април 2013 г. Възстановена от <http://www.ncpr.bg/en/regulations/bulgarian-legislation/regulations/>
72. Национални здравни сметки за 2011 г <http://www.ncpr.bg/images/News/>

73. Оперативна програма “Развитие на човешките ресурси” 2007-2013г
74. Пенчев П., Пенчева И, Основи на управлението ,”Абагар”ВТ, 2002г.;
75. Перспективите за създаване на фискално пространство за здравния сектор, Здравна политика и Планиране, том. 21, № 2 (януари) МВФ (2014 г.) "България: Документ за избраните емисии", доклад за страната № 14/24. Изтеглено от http://ec.europa.eu/economy_finance/eu/forecasts/2014_autumn/bg_en.pdf Световната икономическа перспектива на МВФ и СЗО, 2014 г.
76. Петрова, Зл., В. Младенова. Удовлетвореността на пациента от медицинските услуги - компонент на качеството на здравното обслужване, Здравен мениджмънт 2003/3, 11-15.
77. Петрова, Зл. Качеството – приоритет или псевдоприоритет на реформиращото се здравеопазване. – Здравен мениджмънт, 2007, 5, 7-15.
78. Петрова, Зл., К. Чамов, Ст. Гладилов. Качество в здравеопазването – съвременни измерения и тенденции, 2008, 270 с.
79. Попов, М., А. Димова. Метод за организационна диагностика на болницата и нейното управление. Организационна и управленска култура, Социална медицина, 2002/3, 32-34.
80. Попова, С. Социално-етични измерения на здравния мениджмънт. С., 2004, 160 с.
81. Потребителски индекс на Евро здравеопазването за 2013 г. Изтеглено от <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-report.pdf>
82. Проект „Реформа в здравния сектор”, заем 4565-BUL, София, 2004г.;
83. Рибарска Ем., „Управление на промените в публичния сектор”, Юриспрес, С., 2004;
84. Рохова М, Димова А и др. "Балансиране на регулирането и свободните пазари: българският фармацевтичният сектор ". Eurohealth 2013/1, 19.
85. Световна здравна организация, Световен здравен доклад - Финансиране на здравните системи: пътят към универсално покритие. Женева. 2010
86. Сотирова Д., Култура и етика в организационното поведение -2003г. Етиката в българското здравеопазване, Симел, 2007г.
87. Спасова, Св. Актуални стратегически проблеми на националната здравна система и насоки за тяхното решаване, ФОЗ- 2007, 79 с.
88. Стефанов, Н; Керемедчиев, Д, Управление на човешкия фактор в организацията,

изд., ИСУ- Бургас, 2004

89. Стоянова Д., По въпроса за подготовката на персонала при организационна промяна, докторант, СА “Д. А. Ценов” – Свищов, катедра “Мениджмънт” Сп.”БИЗНЕС ПОСОКИ”, 2014/1, стр.35-40
90. Тандън, Аяй; Флейзър, Лиза; Ли, Ронг; и Яп, Уей Аун. Препреодоляването на държавните разходи за здраве: Тикане на слон нагоре по стълбите, Световна банка, 2014 г.
91. Тодорова, Р., и Салчев, П., "Предизвикателства и алтернативи на здравното осигуряване, Модел в България ", ППТ, София България, 2014 г.
92. Трансперънси Интернешънъл, Глобален барометър за корупция, 2013
93. Уиър, Дирк и Вебер, Анке, "Фискалните мултипликатори в България: нисък, но все още релевантен", МВФ, 2013 г.
94. Узунова Ю. Към систематичната интерактивност с пациентите в маркетинговите комуникации на лечебните заведения. В сп. “Здравна икономика и мениджмънт” бр. 1/2005 г., 3 – 10с.
95. Устройствен правилник на КОЦ-В.Търново от 01.04.2016г.
96. Утън, С., Хорн, Т., Стратегическо мислене, „Класика и стил”, 2015г.
97. Финансиране и управление на здравеопазването-теоретични основи, модели, проблеми и тенденции- МФ, дирекция „Бюджет” 2005
98. Хаджиев Кр., Модели за организационно съвършенство, НБУ, 2013
99. Христова, З. “Шансове и рискове на здравната реформа”, 2, 2002, № 2, 56-58.
100. Чамов, К., А. Кехайов. Технология за избор на приоритети в здравеопазването. – Здравен мениджмънт, 2006/6, 51-56.
101. Черкезов, Т., Болничният мениджмънт в новите проекции на общественото здраве, „АБ”, 2018г.
102. Янева Румяна, Петрова-Гогова Цветелина, Златанова Тихомира, Щерева-Дзуни Доротея, Попов Николай Икономика на здравеопазването -Учебник за Факултета по обществено здраве при МУ – София 2004 г.
103. Alfonso, A., Aubyn, Miguel, Non-parametric Approaches to Education and Health Expenditure Efficiency in OECD, 2003.
104. Andre G et al. Фармацевтична здравна информационна система (PHIS) Pharma Профил, България 2010

105. Busse, R., "Health Care Systems: Towards an Agenda for Policy Learning Between Britain and Germany", Anglo-German foundation, 2002
106. Busse, R., Riesberg, A., Health Care Systems in Transition: Germany, European Observatory on Health Care Systems, 2004.
107. Cangiano, M., Кърстин, Т.; и Lazare, M., "Управление на публичните финанси и неговата нововъзникваща архитектура", МВФ, 2013 г.
108. Conn P. Catherine, Walford V., An introduction to health insurance for low income countries, 1998 by IHSD Limited, London
109. Datzova, Bistra, „Health care reform and inequality of access to health care in Bulgaria”, September 2003;
110. Doteur, E., H. Oxley, "Health-care systems: Lessons from Reform Experience", OECD health working papers, 2003
111. European Observatory on Health Care Systems, Health Care Systems in Transition: Switzerland, 2001.
112. Evans R, Incomplete vertical integration in the health care industry: Pseudos markets and pseudos policies, 1983
113. Evans, D., Tandon, A., Murray, C., Lauer, J., The Comparative Efficiency of National Health Systems in Producing Health: An Analysis of 191 Countries, GPE Discussion Paper, 2000.
114. Gaynor M., Haas-Wilson D., Vogt W.B, Are invisible hands good hands? Moral hazard, competition, and the second best in health care markets, NBERq Cambridge, 1998
115. Grimmstein, S., Heinz Rothgang, "The challenging role of the state in Europe's health care systems", Second Annual ESPA Conference, University of Oxford, 9-11.09.2004
116. Hermans, H., Dosljak, M., Busse, R., Health Care Systems in Transition: Netherlands, European Observatory on Health Care Systems, 2004.
117. Hilles, M., Healey, J., Health Care Systems in Transition: Australia, European Observatory on Health Care Systems, 2001.
118. <http://academy-for-leaders.bg/blog/post/134>
119. <http://basaga.org/wiki/index.php?title>
120. http://en.bda.bg/images/stories/documents/legal_acts/ZLPHM_en.pdf
121. http://fricking.ninja/ibsedu/MK18/IBSEDU/I/OU/OU_Gioshev.pdf 18/07/2020
122. <http://ikonomika.dokumentite.com/art/upravlennie-na-promqnata-7/85850>

123. http://oldweb.ltu.bg/msd/Pages/1-2_2000/11_1_2000.htm
124. <http://pharma-union-bulgaria.com>
125. http://ppm.swu.bg/media/32182/petrova_e.perspektivi.pdf
126. <http://www.alphaquality.org/iso-consulting/ISO-9001>
127. <http://www.healthpolicymonitor.org/index.jsp>
128. [http://www.how2manage.com/component/content/article/39,Eight-Steps-Change-Management-Model\)](http://www.how2manage.com/component/content/article/39,Eight-Steps-Change-Management-Model)
129. <http://www.jobtiger.bg/statia/upravlenie-na-promyanata-273-2>
130. <http://www.marketingburkan.com/archives/11992>
131. <http://www.nhif.bg/>
132. <http://www.novavizia.com/4-niva-na-strategicheskiya-plan/>
133. <http://www.pharma-bulgaria.com/>
134. <http://www.pharmacist-journal.com;>
135. <https://hu.wikipedia.org/wiki/TQM#Alapelvek>
136. <https://www.dnesbg.com/pari-i-vlast/otmeniha-obshtestvenata-poratchka>
137. <https://www.online-learning.bg/model-byrk-litvin-za-organizatsionna-promyana,2020-23.34>
138. Measuring up: Improving health system performance in OECD countries”, 2002
139. Options for Healthcare funding”, Health Policy Consensus Group
140. The world health report 2000: Health Systems: Improving performance”, WHO, 2000
141. www.mh.government.bg/registers_licences/akreditaciq.php

ПРИЛОЖЕНИЕ
АНКЕТНА КАРТА

/към ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 1 – Управление/

1. Представяна ли е пред персонала или пред широката общественост стратегията за управлението на лечебното заведение?

Да	
Не	
Не помня	

2. Запознавани ли сте редовно с ежегодните финансови резултати и изпълнението на бизнес плана на лечебното заведение за следващата година?

Да	
Не	
Не помня	

3. Управленският екип на лечебното заведение /висш, среден и нисш мениджмънт/ притежава ли необходимият управленски опит, мениджърска компетентност и квалификация съобразно заемания пост?

Да	
Не всички	
Не мога да отговоря	

4. Има ли ръководителят на вашата организация иновативно мислене, чрез което да се постига по-високо качество на дейността, ефективност и усъвършенстване на управлението?

Да	
Не	
Не напълно	

5. Водещият приоритет на вашият ръководител?

Печалба	
Удовлетворен пациент	
Устойчива организация	

6. Управленски стил на ръководителя? /Възможност за повече отговори/

Еднолична власт	
Споделена власт	
Делегирана власт	
Предприемачески	
Професионален	
Мотивиращ	
Демотивиращ	

7. Имате ли доверие в ръководството на организацията?

Да	
Не	
Не напълно	

АНКЕТНА КАРТА
/към ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 2 - Клиенти / пациенти /

1. Считате ли за уместно създаването на почин за периодично проучване на удовлетвореността на пациентите от здравните услуги на ЛЗ?

Да	
Не	
Не мога да преценя	

2. Как бихте оценили удовлетвореността си от диагностично лечебната дейност?

Лоша	
Добра	
Много добра	
Отлична	

3. Взема ли се под внимание мнението на пациентите за подобряване на обслужването?

Да	
Не	
Предпочитам да замълча	

4. Как оценявате нивото на обслужване в лечебното заведение?

Лошо	
Добро	
Много добро	
Отлично	

5. Бихте ли посочили при-чина, заради която бихте предпочели друго лечебно заведение? /Възможно е повече от 1 отговор./

Липса на персонал	
Липса на ефективност и загуба на време	
Липса на доверие	
Грубо отношение	
Друга причина	

АНКЕТНА КАРТА

за пациенти

/към ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 3 – Ефективност/

1. Считате ли, че лечебното заведение постига комплексна ефективност - икономическа, медицинска и социална?

Да	
Не	
Не напълно	

2. Предлагат ли се адекватни - /съобразени с търсенето и здравните потребности на пациентите/ онкологични медицински услуги?

Да	
Не	
Не напълно	

3. Смятате ли, че персоналът, който е назначен в КОЦ – В. Търново е достатъчен, за да бъдете обслужени своевременно и качествено?

Да	
Не	
Не напълно	

4. Считате ли, че ако лечебното заведение разполага с разнообразни и достатъчно на брой информационни и комуникационни технологии, би могло да се повиши ефективността и качеството на работа?

Да	
Не	
Може би	

5. Води ли организацията на работа в лечебното заведение до удовлетвореност?

Да	
Не	
Не напълно	

АНКЕТНА КАРТА

за служители

/към ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 3 – Ефективност/

1. Считате ли, че лечебното заведение постига комплексна ефективност - икономическа, медицинска и социална?

Да	
Не	
Не напълно	

2. Предлагат ли се адекватни - /съобразени с търсенето и здравните потребности на пациентите/ онкологични медицински услуги?

Да	
Не	
Не напълно	

3. Смятате ли, че персоналът, който е назначен в КОЦ – В. Търново е достатъчен, за да бъдете обслужени своевременно и качествено?

Да	
Не	
Не напълно	

4. Считате ли, че ако лечебното заведение разполага с разнообразни и достатъчно на брой информационни и комуникационни технологии, би могло да се повиши ефективността и качеството на работа?

Да	
Не	
Може би	

5. Води ли организацията на работа в лечебното заведение до удовлетвореност?

Да	
Не	
Не напълно	

АНКЕТНА КАРТА

за пациенти

/към ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 4 - Медицинска перспектива /

1. Считате ли, че КОЦ - В. Търново в този вид има медицинската перспектива?

Да	
Не	
Не мога да преценя	

АНКЕТНА КАРТА

за служители

/към ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 4 - Медицинска перспектива /

1. Считате ли, че КОЦ - В. Търново в този вид има медицинската перспектива?

Да	
Не	
Не мога да преценя	

АНКЕТНА КАРТА

/към ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 6 - Служители /

1. *Имате ли организирана система за проследяване нивото на квалификация на персонала?*

Да	
Не	
Не ми е известно	

2. *Има ли лечебни заведения от Вашия профил, в които за същата извършена работа възнаграждението е по-голямо?*

Да	
Не	
Не напълно	

3. *Обвързано ли е месечното ви възнаграждение с броя на лекуваните случаи?*

Да	
Не	
Не напълно	

4. *Одобрявате ли начинът на работа в организацията, която работите?*

Да	
Не	
Не напълно	

5. *Кои от мотивационните стимули бихте посочили за налични на вашето работно място?*

Стимули	Да	Не	Не напълно
Комфортна, ергономична, безопасна среда			

Преференциално кредитиране			
Ведомствени жилища			
Улеснен прием в детски градини			
Ползване на почивни бази			
Ползване на спортни комплекси			
Преференциални условия на храна за персонала			

АНКЕТНА КАРТА

/към ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 8 - Вътрешни процеси/

1. Удовлетворява ли Ви установеният ли ред за осигуряване на навременна и последователна организация на диагностичните процеси и на лечебната дейност?

Да	
Не	
Не напълно	

2. Установен ли е ред за регулярно и навременно снабдяване с консумативи, материали, лекарства?

Да	
Не	
Не напълно	

3. Удовлетворява ли Ви установеният ли ред за осъществяване на вътрешни комуникации?

Да	
Не	
Не напълно	

4. Считате ли за деформирана комуникацията между ръководителя на организацията?

Да	
Не	
Не напълно	

АНКЕТНА КАРТА
/за служители/
/към ДИАГНОСТИЧНА КАРТА 9 - Обучение / Иновации /

1. Има ли изградена стратегия за обучение и поддържане на квалификацията на персонала за лечебното заведение и за отделните звена?

Да	
Не	
Не зная	

2. Съгласен ли е работодателят Ви да инвестира в обучение на персонала?

Да	
Не	
Не напълно	

3. Считате ли, че състоянието на образователното и квалификационно ниво на персонала е необходимо да се повишава? Посочете направление.....

Да	
Не	
Не мога да преценя	

4. Има ли управителят Ви креативно и иновативно мислене?

Да	
Не	
Не мога да преценя	

5. Как определяте отношението на прекият Ви началник към иновациите?

Активно	
Инертно	
Не мога да отговоря	