

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**

**ИКОНОМИЧЕСКИ И
ОРГАНИЗАЦИОННИ АСПЕКТИ НА
МЕНИДЖМЪНТА НА
МНОГОПРОФИЛНАТА БОЛНИЦА ЗА
АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯТА
НА ФИНАНСОВА И
ИКОНОМИЧЕСКА КРИЗА
(ОПИТ ОТ ПЕТА МБАЛ –СОФИЯ ЕАД)**

Д-р Васко Минков Кацаров

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

**за присъждане на образователна и научна степен
„Доктор”**

**Област на висше образование: „Здравеопазване и спорт”
Професионално направление: „Обществено здраве”(шифър 7.4)
Научна специалност: „Социална медицина и организация на
здравеопазването и фармацията”**

Научен ръководител: Проф. д-р Цекомир Воденичаров дмн

София 2011

Съдържание

Съкращения.....	3 стр.
Въведение.....	4 стр
Глава I Икономически основи на управлението на МБАЛ – финансиране, клинични пътеки, не дофинансиране и участие на собственика (държава, община).....	11 стр
1. Финансиране на системата за здравеопазване	11 стр
2. Болницата в съвременните условия.....	18 стр
3. Методи за финансиране на болницата	21 стр
Глава II Методи и материали.....	34 стр
1. Цел.....	34 стр
2. Основни задачи.....	34 стр
3. Основни методи.....	34 стр
4. Времеви план на работата.....	38 стр
5. Място на провеждане.....	39 стр
Глава III Критичен анализ на досегашната реформа в здравеопазването и състоянието ѝ в настоящия момент на криза....	40 стр
1. Какво е настоящето на здравната система в България?.....	40 стр
2. Финансови и структурни зависимости в сферата на здравеопазването в България.....	43 стр
3. Целесъобразност на изразходването на ресурсите в здравеопазването.....	47 стр
4. Реформа в болничната помощ.....	49 стр
Глава IV Структура и функции на „Пета МБАЛ – София ЕАД”- критичен анализ.....	83 стр
Глава V Управление на Пета МБАЛ - София ЕАД в условията на икономическа и финансова криза.....	98 стр
1. Глобална икономическа и финансова криза.....	98 стр
2. Концепция за планиране и мениджмънт в реално време срещу концепцията и като допълнение на стратегическото планиране и мениджмънт.....	99 стр
3. Екипно стратегическо мислене	101 стр
4. Високо фреквентни стратегии.....	103 стр
5. Стратегии в реално време	104 стр
6. Защо организациите открили стратегическото планиране го изоставят.....	104 стр
7. Обобщение на планиране в реално време.....	108 стр
Глава VI Икономически модел за ефективно икономическо управление на МБАЛ.....	119 стр
Изводи и препоръки.....	122 стр
Публикации във връзка с дисертационния труд	126 стр
Използвана литература.....	125 стр
Приложение	

Съкращения

БВП	Брутен вътрешен продукт
БЛС	Български лекарски съюз
ДБ	Делегиран бюджет
ДСГ	Диагностично свързани групи
ЕК	Европейска комисия
ЕС	Европейски съюз
ЗЗ	Закон за здравето
ЗЗО	Закон за здравното осигуряване
ЗЛЗ	Закон за лечебните заведения
ЗОЛ	Здравно осигурено лице
ИКТ	Информационно комуникативни технологии
КП	Клинична пътека
МВФ	Международен валутен фонд
МЗ	Министерство на здравеопазването
МТСП	Министерство на труда и социалната политика
МБАЛ	Многопрофилна болница за активно лечение
НАП	Национална агенция по приходите
НЗОК	Национална здравно осигурителна каса
НОИ	Национален осигурителен институт
НПО	Не правителствени организации
НСИ	Национален статистически институт
НЦЗИ	Национален център по здравна информация
ОИСР	Организация за икономическа сътрудничество и развитие
ОПЛ	Общо практикуващ лекар
РЗИ	Районна здравна инспекция
СБ	Световна банка
СО	Столична община
СОС	Столичен общински съвет
СЗО	Световна здравна организация
ЦИЕ	Централна и Източна Европа

ВЪВЕДЕНИЕ

Системата на здравеопазването в своята цялост е динамична, сложна, вероятностна отворена система, характеризираща се с многобройни елементи и силно разклонена структура, с неопределеност на поведението ѝ. Системният подход и анализ, предполагат конкретния случай да се разглежда в неговата среда. Някои изследователи (Борисов, В.,(2008) Гладилов.,Ст.(2009), Ранчов, Г.,(2004) в областта на управлението разглеждат системата като съвкупност от ресурси, които постъпват на входа, циркулират, преобразуват се в нея и я напускат.

Обществото в почти всички страни възприема болницата като основен стълб на системата на здравеопазване и възлага големи очаквания за изпълнението на ролята си от предоставяне на медицински услуги. Това означава, че болницата е била, е и за обозримо бъдеще ще бъде значима и в политически и социален план.

В повечето страни болничната система е важен източник за предоставяне на високо професионални и жизнено необходими здравни услуги за населението.

От финансова гледна точка болничната система се отнася към най-значимите категории разходи в цялостната система на здравеопазването. Може би нито една сила не тежи толкова много на икономиката в наши дни, както усилията да се влияе на разходите и подобряването на здравеопазната стойност. Или казано по-просто разходите за здравеопазване и товара на резултативната стойност върху консуматорите се увеличават значително, а все още страната закъснява в сравнение с качеството на предоставяната услуга от другите страни.

Разходите за здравеопазване по света и у нас растат по-бързо отколкото ръста на БВП.

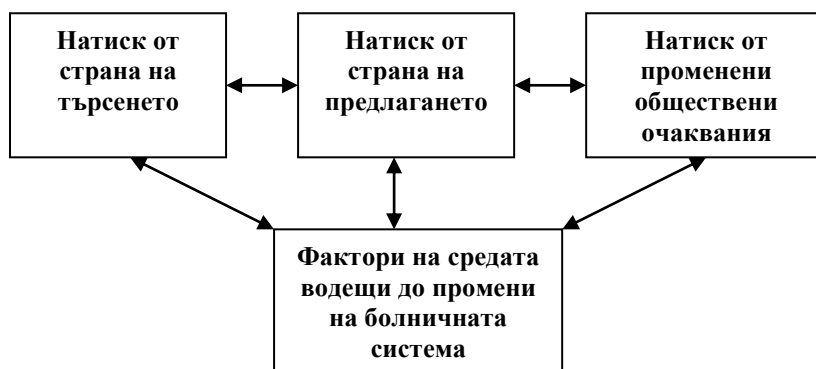
Погледнато от организационен аспект болницата е доминирала и все още доминира над останалите елементи на системата. В обозримо бъдеще тя ще започне постепенно да губи доминантната си позиция, като част от дейността се изтегля в посока на извънболнична помощ, засилване на промоцията и превенцията на здраве и по етапното отпадане на социалната ѝ функция (консумираща значителен финансов ресурс) и оставане на чисто медицинската грижа за активно лечение.

Така описаната важна роля на болницата кара много местни общности да се стремят да изградят собствени болнични заведения, предоставящи лесно достъпни здравни услуги в рамките на наличните възможности. (Балабанова, Д., & Делчева, Е.,(2005) по McKee&Nealy, 2000; Wiley, 1998). Много често болниците, а особено в Централна и Югоизточна Европа (в страните от последните две разширения на ЕС), са и крупни работодатели и преструктурирането им води до сътресения на

местния трудов пазар - това, което се случва в началото на 2010 година у нас.

Съгласно действащото законодателство в тези страни и в България също, закриването на болници се оказва почти невъзможно, а реформирането е трудна задача. Използва се за инструмент НЗОК, чрез много свити делегирани бюджети, като законодателната рамка е зададена с измененията и допълненията на ЗЗО, бюджета на Р. България и респективно бюджета на НЗОК за 2010г. Самото обсъждане на съкращения, приватизация, концесиониране или закриване на местната болница се възприема като изключително чувствителна тема от политическа гледна точка, включително и за темите за реформи в самия статут на болничните заведения (дебатите в Народното събрание, буксуването на здравната стратегия и национална здравна карта в България, протестите на местните власти и медицинската общност от засегнатите райони. Също се наблюдаваше и в дебатите в Британския парламент относно изграждането на така наречените болнични тръстове и т.н.). Независимо от факта, че болничната система е с призната жизнено важна роля и неотменна част от системата на здравеопазването, болниците, често пъти са обект на реформи в сектора, с цел постигане на по-висока ефективност, равнопоставеност, подобряване на достъпа и качеството, както и на по-систематичните реформи в системата на финансиране и предоставянето на здравни услуги, системата на заплащане на изпълнителите на здравни услуги, конкурентната пазарна среда и рамката на здравната политика. На фиг.1 са показани факторите на средата, водещи до промени на болничната система.

Фиг. 1 Фактори на средата водещи до промени на болничната система



- натиск от страна на търсенето (например промени в демографския статус – застаряването с увеличаване на потребностите от здравни грижи или например промяна по еволюционен тип на заболяемостта – намаление на инфекциозните заболявания и повишаване на дела на не инфекциозните и хроничните заболявания)
- натиск в сферата на предлагането – недостиг на ресурси във връзка с

новите технологии в здравеопазването позволяващо прехвърляне на лечение извън болницата, дори в дома, миграция на специалисти от пазар с ниско заплащане на изпълнителите на здравни услуги към пазар с високо (България, Полша и другите така наречени бивши социалистически страни, но не само те а например от Германия към САЩ).

- Променените обществени очаквания за ролята на болничните заведения в контекста на по-широките социално-икономически промени (McKee&Nealy, 2002).

Независимо от общо приетата нужда от промяна болничните заведения навсякъде по света се променят много трудно в структурно и културно отношение. Те са с предварителна инфраструктура, много често ригидна, което от своя страна предопределя и капацитета и възможностите за промяна. Разбира се болничните структури също оказват съпротива сами по себе си, тъй като по презумпция са консервативни структури. Това е много чувствителна политическа тема и политиците обикновено избягват да я дискутират. За страната ни е особено важна и политическата воля на управляващите. И едва в края на 2009 г. и началото на 2010 г. се наблюдава воля и решителност да се започне реформата в болничната помощ, влачеща се вече повече от 20 години, главно и само поради липса на политическа воля и кураж от управляващите през тези години.

Съществува пряка зависимост на уменията на политиците да управляват промяната и успеха на болничната реформа, която е изключително трудна от гледна точка на комплексния характер на променящите се практики, отколкото реалното съдържание на реформите. Обикновено дебата се фокусира върху онези фактори на контекста и процесите, които правят възможна промяната или пък я възпрепятстват, включително и взаимоотношението между основните заинтересовани страни на процеса, ефективното ръководене и координиране на процесите реализиращи изграждането на институционален, човешки и управленски капацитет.(Figueras et al., 2002).

Някои от подходите използвани за подобряване на болничните показатели са:

- Изменение на механизмите за заплащане и организационната страна;
- Стимули за оптимизиране на клиничните резултати и качеството (класации на болниците на база акредитация, или на изпълнение ефективни клинични дейности на база разход –например при Института по клинично съвършенство – NICE във Великобритания);
- Нови модели за предоставяне на здравни услуги – развитие на медицинските технологии, по- лесно изписване от болничното заведение и предоставяне на грижи в извън болничната помощ и дори в дома;
- Укрепване автономността на болничните заведения;
- Стимулиране участието на обществеността;

- Отчитането влиянието на работната сила, интеграцията на медицинските специалисти и глобалното планиране.

Какво се случи с реформите в здравеопазната система в страните от Централна и Югоизточна Европа през последното десетилетие:

1. Всичките страни преминаха в различна степен през процеса на реструктуриране на доминираната от болничните заведения здравна система.

2. Основната част от реформите обаче се основаха по скоро на отхвърлянето на централизираната командно-административна система по типа «Семашко» от съветски тип, отколкото възприемането и внедряването на работещи добри практики.

3. Изработването и изпълнението на политически стратегии за предоставяне на здравните услуги, ролята на болницата в рамките на здравеопазната система среща огромни трудности по отношение на цялостния политически и икономически преход и процеса на политически реформи – постепенния преход от високо централизиран планов подход към един плуралистичен модел и ангажирането на все по-голям брой политически играчи.

4. Друг основен проблем е факта, че в страните от Източна Европа, болниците, все още много често изпълняват и функции различни от тези в западните страни от Европа, а именно социални грижи.

Болничните реформи в страните от ЦИЕ се извършват по няколко направления.

Първата група реформи са насочени към промяна на финансовите основи на болничното обслужване и заплащането на изпълнителите. В много случаи усилията за изменение на системата от стимули за изпълнителите, имат неочаквани или противоречиви резултати, поради несъответствията между външните условия за стимулиране и практиките, и структурите на болничните заведения (Jakab, et.al, 2002). В бъдеще болничната реформа ще зависи от пренареждането на вътрешните стимули за постигане на съответствие със системата за вземане на решения и отчетните механизми.

Друг проблем е липсата на последователна рамка на реформата (например усъвършенстването на механизмите за вземане на решения и отчетност едва ли ще доведе до промени в поведението на болничните мениджъри, ако болничното финансиране продължи да се базира на основно заплащане от монополистична структура като НЗОК). При липсата на паралелни реформи, осигуряващи достъп до здравни услуги на най-бедните чрез субсидиране на съответен дял от цената на лечението на единица, предвиждащите строги бюджетни ограничения по отношения приходите от НЗОК и евентуалното до финансиране на някои общински болници от съответните общини и Общински съвети и реформите вероятно ще засегнат и принципа на справедливостта (Balabanova & McKee 2002).

Източноевропейските страни се придвижват от системата на финансиране на базата на вложените на входа ресурси, т.е. исторически бюджетни пера, към ориентирани към резултатите подходи, насочени към повишаване ефективността по пътя на обвързване на плащанията с дадени единици болнични продукти. Независимо от това обаче болничното финансиране в ЦИЕ често пъти се базира по-скоро на прагматичните реакции, отколкото на наличните доказателства; изкривените стимули не се преодоляват в достатъчна степен, а разходите по транзакциите са твърде високи. Налице са усилия за по-голяма ефективност на процеса на закупуване на услуги по пътя на разграничаване на «купувач» и «изпълнител» чрез възлагане на функциите на «купувач» на осигурителни фондове и прилагането на договорни отношения като основно средство за разпределение на ресурсите. Внедряването на тези нови модели в страните от ЦИЕ е възпрепятствано от:

- недостатъчното финансиране;
- непредвидимите потоци на финансиране;
- ниската степен на независимост на изпълнителите;
- липсата на информационни системи и навременна информация;
- недостатъчния технически капацитет;
- ниското ниво на уменията за управление на информацията (Wiley, 1998).

В исторически аспект е налице стремеж финансирането на болниците да следват тенденцията: от финансиране на структура - през финансиране на дейност - към финансиране на краен резултат (Ст. Гладилев, 2008).

През 90-те години организационните промени в болничния сектор са често срещан компонент на системата на здравеопазване в ЦИЕ (Preker et al, 2002). В много страни на ЦИЕ болничното реструктуриране е насочено към съкращаване на излишния капацитет (Afford, 2003). Мерките за съкращаване на броя болнични легла в региона обаче имат спорадичен характер. Стратегията за съкращаване на болничните легла не успява да предложи подходящи решения за специфичната роля на изпълнителите на долекуване и дългосрочни медицински услуги. Осигуряването на помощни системи за алтернативни социални грижи е ограничено. Закриването на болнични легла отразява промените в тенденциите на заболяемостта и клиничното управление. Тези страни от ЦИЕ, осланящи се на традиционните методи на обслужване, могат да имат трудности при постигането на поставените цели. Както и в Западна Европа, намаляване броя на болничните легла в ЦИЕ се постига по-лесно, отколкото промяната на функциите на цели болници. То обаче не винаги води до съществени икономии, тъй като болничните разходи се определят в значителна степен от сградите и другите постоянни разходи. За повишаване на резултатите се прибегва и до децентрализация на управлението, съчетана с промени на механизмите на плащане. Ефектът на радикалното реструктуриране върху

стимулите за болничния персонал и качеството на обслужването все още не е проследен (Figueras et al., 2002). Темповете за реформиране на здравния сектор в България са твърде бавни спрямо болничната реформа в региона на ЦИЕ. Това отчасти е отражение както на поредицата от икономически сътресения (особено по време на кризата през 1996/7 г., както и от настъпилата световна икономическа и финансова криза през 2008 г. у нас реално реализирана от управляващите през втората половина на 2009 г. и продължаваща и през 2010 г.), така и на липсата на политически ангажименти, честата смяна на правителствата. Най-важните законодателни актове в България бяха приети едва през 1999 г., а тяхното практическо приложение започна през юли 2000 г. и предприетите съществени промени в края на 2009 г. и началото на 2010 г. Това забавяне на започване на реформата на болничния сектор от почти едно десетилетие (в сравнение с другите страни от ЦИЕ) и последващото изоставане с още едно десетилетие води до редица проблеми, включително и:

- а) прогресиращо прехвърляне на разходите към пациентите с помощта на регламентирани и нерегламентирани плащания;
- б) липса на стимули за подобряване на качеството;
- в) непрекъснато износване на активите поради липса на инвестиции и
- г) възникване на конфликти между общо практикуващите лекари и болничните специалисти вследствие на възможностите на първите за получаване на по-високи доходи от системата на заплащане според резултатите;
- д) ниската степен на оперативна самостоятелност на изпълнителите.
- е) липсата на комунициране на нуждите от реформа, както и начините на провеждането
- ж) липса на обществено достъпни параметри за сравнение в страната както на медицинските показатели, така и на финансовите такива свързани с дейностите на болниците,
- и) късното въвеждане на система за качество, пък била тя и не съвършена.
- й) липсата на ефективна информационна система, свързваща отделните изпълнители на болнична помощ, регулаторните органи и заплащащата институция (тук следва да се отбележи наличието на софтуер само за целите на касата и нищо друго)

Реализирането на здравната политика зависи от много контекстуални фактори (фактори на средата) - макроикономическото положение, политическата система, социалните ценности и институционалната структура на здравната система.

Настоящата дисертация хвърля светлина върху тенденциите на икономическия и организационни аспекти на болничния мениджмънт в условията на болничната реформа в България по време на икономическия

преход след 1989 г. по пътя на идентифицирането на спорните въпроси и на възможностите за предприемане на понататъшни стъпки произтичащи от членството на България в Европейския съюз, както и в условията на икономическа и финансова криза.

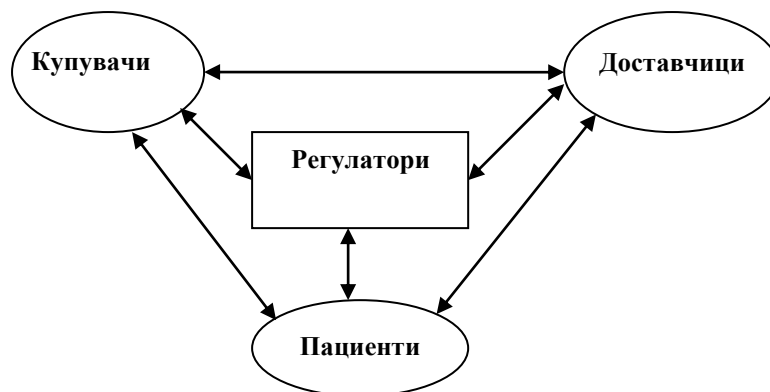
ГЛАВА I - ИКОНОМИЧЕСКИ ОСНОВИ НА УПРАВЛЕНИЕТО НА МБАЛ – ФИНАНСИРАНЕ, КЛИНИЧНИ ПЪТЕКИ, НЕДОФИНАНСИРАНЕ И УЧАСТИЕ НА СОБСТВЕНИКА ДЪРЖАВА, ОБЩИНА (ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР)

1. Финансиране на системата на здравеопазване

1.1. – Аналитични подходи

В литературата триъгълника на здравеопазването се използва широко за схематично представяне на основните участници в здравната система, а именно – потребители (пациенти), доставчици (лекари, болници, аптеки и др.) и купувачи (осигурителни институции, здравноосигурителни фондове, каси). Регулатор - държавата, чрез своите органи, Народно събрание, МЗ

Фиг.2. Основни участници в системата на здравеопазването



Развитието на системата на здравеопазване преминава през първоначално система от един участник, при която в центъра се намира пациентът, през системата с двама участници (лекар - пациент), до появилата се през XIX век „трета страна”, която започва да играе ключова роля. В тази система задължително присъства и регулиращия орган, най-често държавата, чрез съответното министерство като делегиран орган.

Процесът на доставяне и финансиране на здравните услуги може да бъде сведен до трансфер и обмен на ресурси: доставчиците трансферират здравни ресурси към пациентите, а пациентите директно, чрез или съвместно с „третата страна”- купувачите трансферират финансови ресурси към доставчиците. Потребителите плащат на доставчика директно за получената услуга или пък внасят здравноосигурителни вноски или премии в осигурителните (НЗОК) или застрахователните (Холандия) дружества или държавни или публични структури (Великобритания), които след това разпределят набраните приходи към доставчиците.

За да се финансират здравните услуги, третата страна трябва да събере приходите директно или индиректно от населението, в повечето случаи на солидарна основа. Малко системи в Европа имат само един източник на приходи. Обикновено повечето разчитат на комбинирани

източници – от данъци, вноски за социално и /или здравно осигуряване, плащане в брой и частни застрахователни премии (Холандия). За съжаление в България сумите се набират единствено и само от здравно осигурителните вноски, независимо, че тя бе увеличена с 2% през 2009 г., все още е далеч от средно европейската, дори като процент, не само като абсолютна стойност, където зависимостта от факта, че България е най-бедната страна членка е решаващо. Външните източници, като дарения от неправителствени организации, парични преводи от дарителски агенции и заеми от международни банки (Световната банка), също допринасят за събиране на приходи в някои страни, особено с ниски и средни доходи (ЕС 27 страните от второто и третото разширение). Външни източници в България няма, като чисти такива. Разбира се, тук не се има в предвид съответните суми от страна на МЗ чрез своя бюджет, но той пак е на гърба на данъкоплатците и стойността на тези средства са чувствително по-малко в сравнение с тези на касата. Тук следва да се отбележат и други доста по-малки финансови ресурси, отделяни от общините, като собственици на съответните заведения за болнична помощ, но те отново са предимно от данъците на данъкоплатците и много малки суми от собствени приходи на общините, например от приватизация на общинска собственост. Почти липсват средства от предприсъединителни фондове, кохезионни и структурни фондове на ЕС. Например малките като размер средства от заеми от Световна банка, недостатъчните суми от страна на глобалния фонд, визирайки основно превенцията и борбата със СПИН и туберкулозата и единичните проекти свързани с болнична хигиена.

Регулирането на пазарните отношения в здравеопазването според средствата, с които се извършва може да бъде административно и икономическо. Разделянето по признака „обект и начин на регулиране” се дели на косвено и пряко регулиране, а според признака „субект на регулиране се различават- държавно регулиране, регулиране от здравното осигуряване, регулиране от страна на съсловните организации, регулиране от страна на пациентски организации.

1.2. Функции на здравната система

Ch. Murry & J. Frenk (2003) разглежда здравната система, като единство на четири основни функции:

- Финансиране
- Доставка на услуги
- Генериране на ресурси
- Наставничество (stewardship), което не е познато у нас и е по комплексно от регулирането .

Тези функции подпомагат системата на здравеопазване в решаването на основни задачи като:

- Планиране
- Оценка

- Реформиране на организациите и институциите в системата.

Всяка от посочените по-горе функции ще бъде разгледана по-долу в аспекта на следните три категории:

- Стратегическо планиране
- Структурно аранжиране
- Реализация (осъществяване).

Финансирането на здравната система е процес, чрез който се събират приходи от първични или вторични източници, акумулират се във фондове за финансиране и се разпределят към доставчиците срещу извършена дейност. Според Ch. Murry & J. Frenk (2003) финансирането на здравната система може да се разглежда в три под функции:

1. Събиране на приходи
2. Набиране на финансови средства във фондовете
3. Закупуване на здравни услуги.

В някои случаи, под функции са инкорпорирани в рамките на една единствена организация –(Великобритания), а в други една организация може да събира приходите и да набира фондовете, докато други организации закупуват услугите (у нас НОИ, респективно НАП и НЗОК) (J. Kutzin 2002).

1.2.1. Събиране на приходи

Процесът по събиране на приходи е свързан с това кой плаща, за какво плаща и как плаща. Фиг. 4 по-долу илюстрира схващането на Kutzin

Основен първоизточник на финансови средства е населението – домакинските бюджети и средствата на фирмите и корпорациите. Механизмите на финансиране включват:

- Данъчно облагане
- Вноски за социално и здравно осигуряване
- Частни застрахователни премии
- Лични спестявания
- Директни плащания и заеми
- Субсидии
- Дарения

Субектите, които събират приходите, могат да бъдат обществени организации, работещи на печалба частни организации или частни организации с идеална цел.

1.2.1.а. Данъците с които се облагат гражданите, домакинствата и фирмите са директни, а тези за облагане на транзакции или стоки са индиректни данъци. Директните и индиректните данъци могат да се събират на национално, регионално или местно ниво. Индиректните данъци са общи като ДДС например или пък прилагани за определена стока като акцизът например.

Някои социални или задължителни осигурителни вноски са фактически данъци, събирани от правителството по ведомост. Следва да се отчита разликата между данъците събирани от правителството и задължителните осигурителни вноски, които се събират от независим или полу независим субект. Данъците могат да бъдат също и общи или ипотечни - което е знак за специфична област на разходи

Фиг.3. Източници на финансиране, механизъм на събиране на вноските и субект за събиране



1.2.1.б. Вноските за социално и здравно осигуряване обикновено са обвързани с дохода и се поделят между работника и работодателя в различните страни от ЕС в различно съотношение. Вноски се събират и от самонаети лица, като базата се изчислява на база декларация за приходи и печалба (част от тези приходи могат да се занижат в декларациите, в някои страни). Вноските от името на деца, възрастни, безработни или хора с увреждания се събират от предназначените за това фондове за пенсии в някои страни от ЕС, но у нас това е задължение е на държавата като вноската е само 1 лев, която е доста по-различна от 8 % дори и от минималната работна заплата за 2009 г. и през 2010 година определена на 240 лв. или 1.92 лв., За фонд безработица се събират от работещите, но вноски от страна на държавата на по-горе цитираните групи не се правят, а нетрудоспособността и помощта за хора в неравностойно положение се

плащат от данъците. Приходите от здравните осигуровки се заделят за здраве и се събират в отделен фонд, който се формира и задължителен резерв, който надхвърля 1,4 милиарда лева общо, но в бюджета на страната и НЗОК за 2010г. не е отразен, въпреки отразяването му през всичките години от създаването на НЗОК от 2000г. насам.

Здравните осигуровки в доброволни частно осигурителни фондове в България са сравнително малко, които отново се разделят в определено съотношение между работника и работодателя. За разлика от тристълбовия модел на Холандия, където въпреки частното застраховане се разделят на 3 стълба - задължителен (базов), задължително доброволен и изцяло доброволен. Холандската добра практика на тристълбовото здравно осигуряване (застраховане) стана основа на стартиране въвеждането на този модел в България от началото на 2010 г.

1.2.1.в. Частни здравни застрахователни премии (Холандия и др.) се плащат от отделните граждани, като могат да се поделят между работника и работодателя или пък се поемат изцяло от работодателя. Премиите биват:

- Според индивидуалния риск
- Базирани на преценката на вероятността от индивидуалната потребност от здравни грижи
- Според разчети на обществото
- Базирани на оценка на рисковете за географски обособено население или групови разчети.
- Базирани на приблизителната оценка на рисковете за всички работници в една отделна фирма.

Субектите, събиращи частните здравно осигурителни премии, могат да бъдат независими частни организации (работещи на печалба или с идеална цел), осигурителни компании и фондове. Правителството може да субсидира разхода за частно здравно осигуряване, използвайки данъчни кредити и данъчни облекчения.

1.2.1.г. Сметките за медицински спестявания са индивидуални спестовни сметки, в които от хората се изисква или пък се стимулират да депозират пари. Парите трябва да се разходват за лични медицински нужди. Сметките обикновено се комбинират с високо приспадаеми здравни застраховки за бедствени събития.

1.2.1.д. Потребителски такси (България) – от гражданите може да се изисква заплащането им за някои типове грижи. Обикновено те се събират от доставчиците на здравни грижи – лекар, болница, ДКЦ (МЦ) или аптека. Таксите могат да са като съвместно плащане (плащане по еднаква ставка за всяка услуга - България), съвместно застраховане (процент от общия разход за услугата, Холандия) или приспадаеми (таван до който пациента е отговорен, след който застрахователят покрива останалия разход, Белгия).

1.2.1.е. Директно заплащане от страна пациента, при липса на съответната осигуровка (застраховка) или доплащане при по-нисък осигурителен (застрахователен) план (САЩ, страни от ЕС), както и нерегламентираните плащания от страна на пациента.

1.2.2. Стратегическото планиране на събиране на приходите несъмнено оказва въздействие върху системата на здравеопазване като изправя пред дилема лицата вземащи решения за:

- задължително срещу доброволно заплащане,
- предплащане срещу заплащане в момента,
- прогресивни осигурителни премии или такси.

1.2.3. Структурното аранжиране на събирането на приходите е управлението на институциите:

- степен на публично срещу частно участие,
- броя на организациите, изпълняващи тези функции,
- икономии от мащаба и концентрацията им.

1.2.4. Реализацията –включва специфичните процедури на събиране на приходите и определяне на вида и размерите на данъците.

1.3. Набиране на финансови средства във фондовете (Fund pooling)

Набиране на финансови средства във фондовете, следва да се различава от събирането на приходите, където при някои механизми на събиране на приходите каквито са сметките за медицински спестявания и директните плащания не позволяват финансовите рискове да бъдат споделени между потребителите. Kutzin през 2002г дефинира набирането на финансови средства във фондовете като „акумулиране на предплатени приходи за здравни грижи от страна на населението”. Тоест фондовете улесняват споделянето на финансовия риск сред населението или определена под група.

1.3.1. Приспособяване към риска (risk adjustment) е разпределянето на финансови средства според рисковия профил на населението, покривано от всеки фонд при съществуването на многобройни фондове, като се отчитат факторите за риска на населението: демография, заетост и нетрудоспособност, географско место положение, заболяемост, смъртност, социални фактори и други. Когато имаме конкурентни социално осигурителни системи, регулирането на риска се изразява в предотвратяване на „обирането на каймака” (cream skinning). В рамките на финансирано от данъците здравеопазване като Националната здравна служба (Великобритания), методите за приспособяване към риска на глава от населението, произтичат от грижата да се осигури равен достъп, чрез осигуряване на честно разпределение на ресурсите между териториалните здравни власти (тръстове), базирано на нуждите на населението. Един такъв подход е известния RAWP (Resource Allocation Working Party), който разпределя средствата по регионални единици, за анализ и оценка на равенството на разпределянето в териториален аспект.

Или по Kutzin (2002) „независимо от източника на средствата, обосновката за разпределението на база приспособяване към риска на глава от населението е да се осигури на всеки фонд (осигурителен фонд или териториални здравни власти) точно съответно ниво на ресурси за населението, за което той е отговорен.

1.3.2. При частното здравно осигуряване фондовете са слети между абонатите на един и същ доставчик. Степента на групиране на риска е ограничена от индивидуалната застрахователна премия, отнасяща се до риска на даден потребител.

1.3.3. Сметките за медицински спестявания предотвратяват групирането, чрез поддържане на средства в индивидуалните сметки и се допълват обикновено със застраховки за бедствени ситуации и много скъпо лечение.

1.3.4. Потребителските такси се плащат на мястото на получаване на услугата и съответно се управляват различно, в зависимост от системата: като доход, в болниците, респективно клиниките, могат да се обединят с другите приходи и в следствие да се покрият разходите по поддържането на местното доставяне на услуги, или пък се представят или изтеглят от правителството или осигурителите, като може да се използват за посрещане на разликата между приходите и разходите.

Стратегическото планиране на набирането на финансови средства включва:

- Степента, в която има отделни фондове за финансиране на отделни групи от населението
- Отделни фондове за финансиране на персонални и не персонални здравни услуги.
- Кръстосано субсидиране между ниско рискови и високо рискови потребители

Структурното аранжиране на набирането на средства във фондовете се отнася до:

- Размера и броя на фондовете за финансиране
- Механизма на трансфер на финансови средства между фондовете
- Избор и конкуренция сред фондовете за по-голям брой записани лица
- Управление на институциите поддържащи фондове за финансиране

1.4. Доставяне на здравни услуги

Тази функция се отнася до комбинирането на входящи ресурси (материални, човешки, финансови) в производствения процес, които се осъществяват в определена организационна среда и води до доставянето на краен продукт или резултат.

Различават се персонални и не персонални здравни услуги. Персоналните са главно услугите, използвани директно от индивида (превантивни, диагностични, терапевтични, рехабилитационни) и които

пораждат или не външни ефекти. Не персоналните се отнасят за дейности, които се консумират колективно, като масовото здравно образование.

1.5. Наставничество (stewardship)

Това е функция, която е пренебрегвана в много страни, а в страни като България дори е непозната. Наставничеството е нещо повече от традиционното регулиране, което се осъществява от държавата и се състои от три основни аспекта:

- Определяне, внедряване и мониториране правилата на здравната система
- Осигуряване на благоприятна среда за изява на всички участници в системата (особено купувачи, доставчици и пациенти)
- Определяне на стратегически посоки за здравеопазването като цяло.

Наставничеството може да се раздели и на шест под функции във връзка с горните аспекти:

- Общо планиране на системата (основно е формирането на здравната политика като цяло и включва начина, по който са обединени всички други функции на системата)
- Оценка на дейността (оценяване на дейността на институциите, събиращи приходи, закупуването и развиването на ресурсите.)
- Определяне на приоритети (избор на критерии и определяне на приоритети(технически и политически аспект) и изграждане на консенсус по тях).
- Между секторна подкрепа (подкрепа от страна на политиките и другите социални системи, спомагащи за издигането на здравните цели)
- Регулиране (най-общо поставяне на правила. Два главни типа регулиране – санитарно (свеждане до минимум на рисковете за здравето) за стоки и услуги и - регулиране на здравните грижи (за институциите с функции за финансиране, доставяне и развиване на ресурсите в здравната система).
- Защита на потребителя (асиметричност на информацията между потребители и доставчици в пазарите на здравно осигуряване и здравни услуги. Тук е ролята на наставничеството за постигане на благоприятна среда за изява на всички участници в системата на здравеопазване).

2. Болницата в съвременните условия

Значимостта на болницата според Мс Кее (1999) в цялото здравеопазване се изразява в следното:

1. В болниците се разходват голяма част от бюджета на сектор здравеопазване 30-35% в Европа и 55-60% в България
2. Болницата е на върха на пирамидата в здравеопазването т.е.

осигурява чрез дейността си достъп до специализирани медицински услуги и оказва съществено влияние върху здравните услуги като цяло в системата на здравеопазването.

3. Специалистите, които работят в болничните заведения са особен вид висококвалифицирани професионалисти, оказващи влияние върху развитието както на медицинската наука, така и върху системата на здравеопазването.

4. благодарение на прогреса на медицинските технологии и на фармацевтичната промишленост и нарастващата роля на медицината базирана на доказателствата, болниците се превръщат в основен фактор влияещ върху населението като цяло.

Съгласно Закона за лечебните заведения, лечебните заведения се преобразуваха в търговски дружества през 2000 г. Явявайки се като нови икономически субекти, болниците следва да променят своето икономическо поведение в следните аспекти:

- Първо - болниците произвеждат и продават своя продукт или услуга на други икономически субекти
- Второ - установяват се нови взаимоотношения между болниците, между болниците и НЗОК, между болниците и доброволните дружества за здравно осигуряване, между болниците и пациентите, между болниците и МЗ, между болниците и другите лечебни заведения.
- Трето - във връзка с новия им статус се променя и тяхното данъчно третиране (в доста страни от Европа и Америка, но за съжаление в България това не е факт, дори по-зле задължителната регистрация по ДДС, без възможност за възстановяването му в цял размер, а само в изключително малък размер за дейностите, които не са пряко в предмета на дейност напр. Електричество и т.н.)

Болниците престават да бъдат организации на бюджетна издръжка, а следва да реализират финансов резултат, формиращ се от разликата между приходи и разходи съгласно Търговския закон, въпреки че съгласно ЗЛЗ не следва да формират печалба и да се разпореждат с нея.

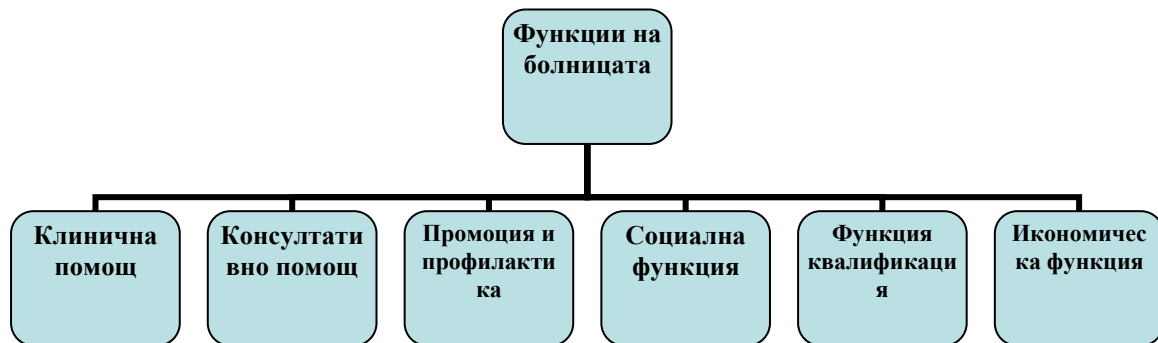
2.1. Функциите на болницата следва да се отчитат в тяхната цялост. Според профила на болницата и видът ѝ, функциите може да са различно застъпени. Съществено е да се отбележи, че липсата или изкривяването на някоя или някои функции нарушават останалите.

Функциите на болницата могат да се дефинират в шест аспекта: (Фиг 4)

- Клинична помощ – най-специфичната функция, включваща диагностика, лечение и рехабилитация.
- Консултативна помощ – насочена към външните пациенти за уточняване на диагноза или лечение в повечето случаи.
- Промотивна и профилактична дейност - включваща както

първичната, вторичната и третичната профилактика, така също и обучението на пациентите и близките им по отношение спазването на подходящ режим и поведение.

Фиг. 4. Функции на болницата



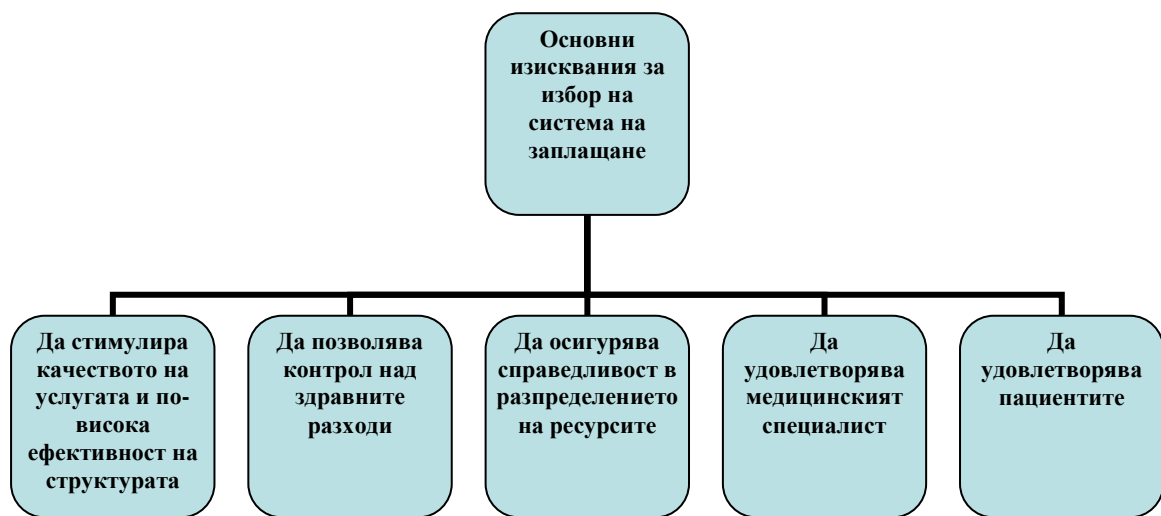
- Социална функция - свързана основно със социалните аспекти на болестта и адаптацията на пациента.
- Функция квалификация – свързана с повишаване квалификацията на персонала
- Икономическа функция – разглежда болницата като корпорация за болнични услуги. Следователно болницата в своето управление и поведение се подчинява на икономическите закони, въпреки отнемането със ЗЛЗ на функцията на доболнична помощ извършвана от страна болницата и респективно не заплащането ѝ от страна на НЗОК, поради липса на законова основа за сключване на това. Независимо, че съгласно старата вече Наредба № 29 и новата Наредба № 49 (произтичаща от ЗЛЗ) на МЗ третираща болничната помощ, основно структурно звено е консултативно –диагностичния блок на съответната болница. Тази структура, има законово право да извършва доболнична помощ без заплащане от основния осигурител в случая при нас НЗОК, или да не генерира ресурс и да е сметка на бюджета на съответната болница (от икономическа гледна точка направо абсурдно, след като болницата е регистрирана като търговско дружество) и единствено чрез директно заплащане от пациента, това е възможно законово. За да се генерира ресурс от доболнична помощ, който до 2001 година бе факт и след това законово изменен и да не се генерират големи задължения с цел да се запази част от квалифицирания персонал, се създадоха от почти всички болници лечебни заведения за специализирана доболнична помощ като дъщерни дружества. От това не произтече кой знае колко финансова полза за всички болнични структури у нас (включително и за Пета МБАЛ София ЕАД) и разбира се затрудни достъпа на пациента до болницата (разкарването му между общопрактикуващия лекар, специализирана

доболнична медицинска помощ, приемно-консултативно диагностична структура на болницата и комбинациите по-между им.)

3. Методи за финансиране на болницата

3.1. Системите на заплащане (възстановяване на разходите) на индивидуалните и институционалните производители на здравни услуги следва да осигурят ефективност и справедливост в системата на здравеопазването. Системите на заплащане акцентират не върху източника на финансиране, а върху разчетната единица (базата) за получаване на финансови ресурси. Основните изисквания, на които трябва да отговаря изборът на система за заплащане на отделните видове здравни структури са следните: (Фиг.5)

Фиг. 5. Основни изисквания за избор на система на заплащане в болниците



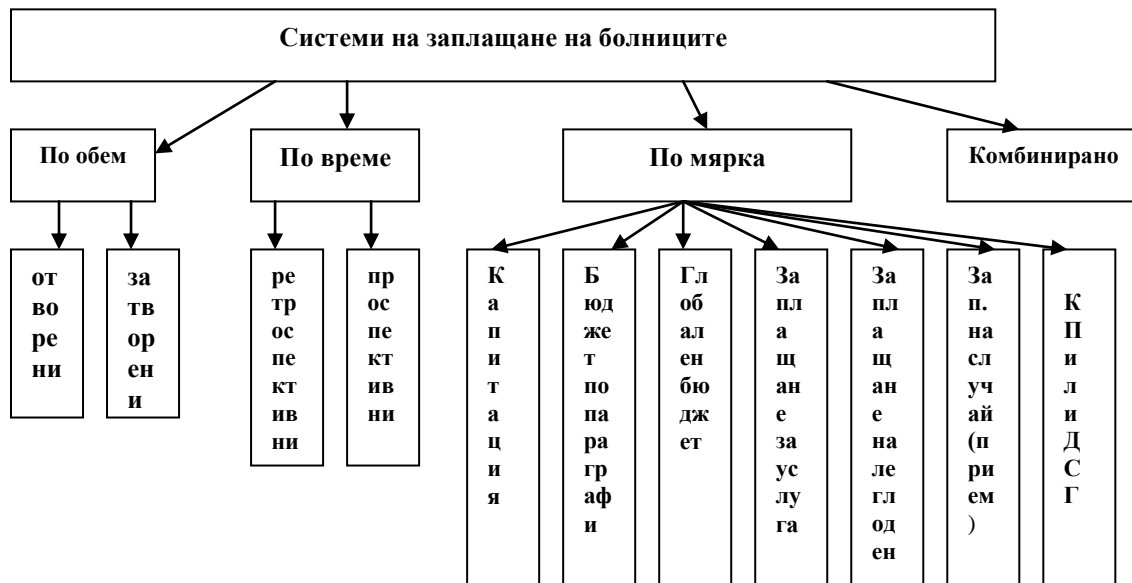
В съвременната теория и практика съществуват следните класификации на системите (фиг.6) на заплащане на здравните услуги:

- **На база финансиране на обема предоставени дейности се делят на:**

- **Отворени системи** –тоест финансовите приходи са в пряка зависимост от количеството (обема) на извършената дейност. Обикновено тези системи са високо продуктивни и ефективни, но пък с малка възможност за контрол на разходите за здравеопазване, което много често води до диспропорции в сектора на общественото финансиране. Или казано по друг начин тези системи стимулират изкуственото завишаване на обема на дейност от доставчиците на медицинска услуга с псевдо целта за по-пълно задоволяване на потребностите на потребителите (гражданите)- напр. ненужни допълнителни изследвания, ненужни допълнителни нови обикновено скъпи лекарствени средства с все още не установен по-добър ефект. Пациентът не е добре информиран за своето състояние и не знае какви точно здравни услуги са му необходими, тоест за него здравната помощ е източник на информация (Гладилов. Ст. 2009) или

в тези системи има деформация на търсенето породено от деформация на информацията. Също така тези системи дават възможност и за получаване на приходи в болничната помощ за всеки пациент независимо от тежестта на заболяването му преминал през стационара, както и резултата от лечението му. Това води до принципа „повече пациенти, повече пари”, което пък от своя страна изключва качеството и резултата от лечението, като основни фактори на здравно икономическата ефективност.

Фиг.6. Системи на заплащане на болниците



- **Затворени системи** –тоест нарастването на обема не води до нарастване на финансирането. Тук се класифицира и така нареченото „намаляващо” като размер заплащане за всеки допълнителен случай над договореният брой. (Германия,)

- **На база момента на определяне размера на финансирането:**

- **Ретроспективно заплащане**- по предварителен договор за прием (Германия). Заплаща се на база преминал болен или чрез системата „такса за услуга” („fee for service”). Недостатък е трудното контролиране на нарастването на хоспитализациите. Характеризира се в компенсация от финансиращия орган на всички разходи извършени за определен период от време от болничното заведение. Няма ограничение за цената и обема на предоставената болнична помощ. След Втората световна война е започнало да се прилага в САЩ и е продължило до 80-те години на миналия век. Този метод води до повишаване на разходите и не стимулира повишаване качеството на медицинската помощ. Тук риска е изцяло за финансиращият орган. На база непрекъснатото нарастване на разходите за болнична медицинска помощ, без да бъде повишено качеството, този

метод е бил заменен с метода на ДСГ. Тук е възможен и риск за изпълнителя, тъй като не е възможно на практика да се предвидят всички бъдещи разходи на болницата по отношение на пациенти и тежестта на тяхното заболяване, както и несигурността на заобикалящата среда – икономическата и финансова криза например настъпила в края на 2008 година и продължила няколко години.

- **Проспективно (перспективно) заплащане** предвижда осигуряване от финансиращия орган на финансовите средства за следващата планова година на болницата на базата на определени единици (норми), т.е. фиксирани цени, ограничения в обема на дейността на болницата и т.н.

- **На база на заплащащата мярка.** Има няколко основни форми:

- **Бюджет по параграфи** – основен за болничното финансиране у нас и редица страни с тип на управление „народна демокрация“ през втората половина на миналия век. Основната единица при този метод е бюджетния параграф. Сумите по отделните параграфи за следващата планова година се определят на базата на разхода по съответния параграф през предходната година, като се отчита инфлацията, корекциите на трудовите възнаграждения на базата на единната щатна таблица, както и промените в капацитета на болницата. По време на кризи (финансови затруднения) приоритетни са заплати, осигуровки, медикаменти, храна и отопление. От тези параграфи не може да се прехвърля в други параграфи през годината, за които са предвидени. Тъй като този метод позволява „политически контрол“ този метод бе широко разпространен в страните от бившия социалистически лагер. По този начин при политическа воля много лесно чрез този метод се увеличават финансовите средства за следващата планова година или пък се актуализира съществуващия план. Метода е лесен за стриктен контрол върху разходите по всеки параграф, лесно се отчита и не е необходим значителен административен капацитет. Финансовия риск се разпределя сравнително равномерно между финансиращия орган и болничното здравно заведение. При недостиг по даден параграф има възможност за корекция на бюджета и допълнително финансиране. Недостатък е липсата на самостоятелност на болничния мениджър и свеждане на дейността му до просто администриране с цел максимално изразходване на наличните средства по всички параграфи, тъй като отчетът е база за бюджетните средства през следващата година. Други недостатъци са липсата на мотивация за подобряване на качеството на предлаганата помощ и липсата на ефективност на вложените средства.

- **Плащане за услуга – (Fee for service)** – приходите се получават директно от пациентите или от трето звено – здраво осигурителен фонд, община и др., по цени за всеки отделен вид извършена услуга – например за преглед, лечение на определено заболяване, инструментално изследване

и т.н. Този вид заплащане е най-разпространен в частни здравни заведения, лекарски практики и частни стоматолози, тъй като системата е отворена и ретроспективна. Следователно тя е рискова за финансиращата обществена институция. В общественения сектор за контрол върху ескалирането на разходите се въвеждат лимити за дейност, общ финансов лимит и т.н. Понастоящем у нас НЗОК заплаща на изпълнителите на специализирана извънболнична медицинска помощ по тази система, поради което са въведени регулативни стандарти за консултации със специалисти, специализирана и високоспециализирана медико-диагностична дейност при предварително лимитирана сума за тази дейност. Основното е ценоразписа за отделните видове услуги. Тук единицата за финансиране е оказаната услуга или процедура. Броят на осъществените процедури или медицинска услуга се умножава по съответната договорена цена, като така се формира сумата от финансови средства, които финансиращата институция следва да предостави на болничното заведение. По този начин по-големия обем извършена дейност определя и повече средства за съответното болнично здравно заведение. Финансовия риск тук е изцяло за финансиращия орган, който следва да покрие всички плащания за извършената медицинска услуга. Предимство е стимулирането на по-голям обем извършена медицинска услуга, както и в простотата на администрирането. Недостатък е възможността за надписване на броя на извършените услуги, както и извършването на необосновани процедури и изследвания за болните, извън добрата медицинска практика. Тук има реална опасност с повишаване обема на извършените процедури и дейности да се влоши качеството на медицинска услуга. Системата се прилага в страни с множество застрахователи и частни доставчици.(Германия, Австрия).

- На база броя проведени леглодни (Великобритания, САЩ, Франция). Характерното за този метод е предварителното определяне на разходни ограничения за определени периоди от време. Има два основни индикатора – общата сума на бюджета и реализираните леглодни. Финансирането е в зависимост от престоя. Възможен подход е и изчисляването на средни бюджети за сравними болници. Администрирането на този метод е сравнително лесно. Като слабост се изтъква възможността за отчитане на повече леглодни. Рискът тук за болничното заведение е както от единната ставка от една страна, така и от тежестта на обслужваните случаи, от което зависи и стойността на един леглоден. Рискът за финансиращата организация е единствено от възможността на болницата да увеличава значително броя на проведените леглодни. Предимства са наличната информация за извършената дейност и простото администриране. Недостатъци на този метод са стимулите на болничното заведение да увеличава продължителността на престоя, да вписва деня в който е изписан даден пациент и е постъпил друг пациент,

като посочва два отделни леглодни и други, което определено води до ниска ефективност на използване на наличния ресурс. Системата е широко приложима за стационарни звена, които получават определена сума за цялостно обслужване на база всеки леглоден на преминалите болни. Допуска се сумата да варира в зависимост от диагнозата или вида и категорията на лечебното заведение. Системата също е отворена, но в по-малка степен от първата, тъй като зависи само от продължителността на лечението и броя на преминалите през стационара пациенти. Отнася се към ретроспективните системи, поради невъзможност предварително да се планира броя на болните и степента на тежест на състоянието им, което определя престоя им в стационара. Недостатъкът на тази система е изкуственото завишаване на болничния престой с цел оптимално финансиране от една страна, а от друга опасността фиксираната цена на един леглоден да се отклонява значително от реално извършените разходи. Това е наложило в практиката тази система да не се прилага в чист вид, а като смесена система, при която се фиксират цените на хотелските услуги и диференцирано заплащане на всеки вид медицинска дейност. Тази смесена система е характерна и за частни здравни заведения.

Заплащане на случай – лечебното заведение получава финансиране по фиксирани или фактически цени за цялостното лечение и пребиваване на пациента в здравното заведение. Системата е много по-затворена от първите две, тъй като финансирането не зависи от обема на извършеното медицинско обслужване, нито от фактическата продължителност на престоя. Съществува възможност за влияние върху обема на приходите, чрез броя на случаите поради което и тази система не се определя като напълно затворена. Обикновено системата се прилага като проспективна – т.е. съществува предварително фиксирана цена за лечението на всеки преминал болен. Системата “заплащане за случай” притежава някои предимства пред предходните системи – стимулира по-ефективно използване на ресурсите и режим на икономии; прилага се лесно и не изисква описание на извършените медицински и немедицински дейности; отговаря на съвременните изисквания за предоставяне на пакет услуги, което предоставя възможност за стандартизация. Недостатък на тази система е вариацията на действителните разходи от цената, в зависимост от наличието на придружаващи заболявания и степента на тежест на състоянието на болните. Поради тази причина системата се прилага с отчитане на т.нар. “кейс-микс” – научен подход за класифициране на състава на болните, пребиваващи в здравното заведение според тяхната нозология и други признаци. Има различни системи за измерване на болничният продукт и респективно подобряване на мениджмънта и те се наричат системи за класификация на пациентите. Има различни такива с различна степен на полезност за мениджмънта (Disease staging, PMC, APACHE, MEDIGRIPS и разбира се ДСГ (DRG). Защо точно ДСГ са

избрани в България и в ЕС ние не ще коментираме, тъй като това е политическо решение.

Системата има два аспекта:

- а) заплащане на преминал болен
- б) заплащане на диагноза.

а). Заплащането на преминал болен е базирано на заплащането на определена сума за всеки изписан пациент, независимо от тежестта на случая и диагнозата. Този метод стимулира намаление на средния престой и повишава оборота на леглата и респективно повишаване на целия обем извършваната медицинска помощ. Системата е проспективна, тъй като има предварително определена цена за лечението на всеки преминал болен. Предимства са наличната информация и лесното администриране на приходите. Недостатъци са избягването на тежките случаи, ненужна хоспитализация, предприемане на лечение, което е възможно да се извърши в извънболничната помощ, ранното изписване на пациенти и особено на безнадеждните случаи с неизбежен фатален край.

б). Заплащане за диагноза - заплащането се извършва на базата на стандартизирана цена за група диагнози и състояния или диагностично свързани групи (ДСГ). При постъпването си в болницата пациента се записва в тази ДСГ, в която попада диагнозата или състоянието му, а финансиращия орган изплаща на болницата сумата, която административно е определена за тази група. Предимствата са във възможно най-адекватното заплащане на лечението на всеки пациент. Недостатъците се изразяват в сложността на прилагането му, необходимостта от преизчисляване на цената на отделните диагностични групи в зависимост от новите методи на лечение, а също така и във възможностите за прехвърлянето на пациенти в по-високо платена ДСГ. Рискът за лечебното заведение се определя от възможността на лечението да надхвърли заложения размер на реимбурсирането. Това изисква въвеждането на много прецизен медицински и икономически контрол.

Един от най-разпространените варианти на тази система е заплащането за случай от дадена диагностично свързана група (DRG). Диагностично свързаната група най-общо се определя като определена група пациенти, които имат сходни клинични характеристики (основна диагноза, придружаващи заболявания, тежест на състоянието, прогноза, лечебна трудност и т.н.) и чиито разходи за медицинско обслужване са приблизително еднакви, тоест ДСГ са математически формули за изчисление и отношения между средни разходи за болничен случай в национален мащаб и специфичният за отделната болница. Разбира се и тук както при КП не се решава основният въпрос за инфраструктурата на лечебните заведения, квалификацията на персонала, разпределението на човешките ресурси, оборудване и апаратура, ефективността на системата като здравни резултати, но ДСГ системата пък е много позитивна и

регулативна за развитието на системата за здравеопазване. ДСГ не носи повече пари за здравеопазването, но пък е по-справедлива в разпределението на средствата. ДСГ не отчита също като КП – тежестта на заболяването, въпреки опитите за това напр. IR-DRG (International Refined Diagnostic –Related Groups), където се въвежда термина тежест на заболяването, за означаване на корекциите за основните групи и се уточняват необходимите средства диагностика и лечение, както и съчетаването на дадена група с нивото на тежестта. В Международните пречистени ДСГ има три степени на тежест от 1-3, а именно без придружаващи заболявания и усложнения, със и с тежки такива. Има и други пречистени ДСГ, като например AR-DRG Австралийските пречистени ДСГ, където тежестта е определена също на три нива 0-2 за всички други освен хирургични и неонатологични, където степените са 4. Първата степен и при двете групи отчита допълнителната/е диагноза/и не оказващи ефект на върху използваните ресурси, втората степен означавана с 1 – когато допълнителната/е диагноза/и оказва/т незначителен ефект, следващата трета степен означавана с 2 е за оказан голям ефект и четвъртата степен само при хирургични и неонатологични случаи е за оказан много голям ефект.

“Кейс-микс” подходът и ДСГ може да се използват в следните направления:

- За финансиране на здравни заведения по фиксирани цени за всяка отделна ДСГ. Понастоящем у нас осигурителната институция в лицето на НЗОК заплаща на лечебните заведения за болнична помощ фиксирани суми за лечение на болни за 298 “клинични пътеки”. Тези клинични пътеки са първоначален опит за създаване на ДСГ и приложението им в практиката. Все още остава проблемът за остойностяване на реално извършените разходи от лечебните заведения за лечението на пациентите по тези клинични пътеки.

- За разпределение на лимитирани обществени ресурси между здравните заведения въз основа на индивидуални за всяка болница и национални кейс-микс индекси – ДСГ. Този подход заляга при финансирането на лечебните заведения през 2004 г. от държавния бюджет.

- За подобряване на управлението на лечебните заведения – планиране на ресурси, контрол на разходите, дейността и здравните резултати.

- За разработване на стандарти за качество на здравното обслужване

Проблемът за България независимо какъв тип ДСГ ще изберем, че липсва финансова, организационна и дори правна рамка за въвеждането на ДСГ. Също много съществено е липсата на национален списък на процедурите, съответстващи на утвърдените в България медицински стандарти, а се ползва преведения процедурен списък 9КМ, изцяло не пригоден за болничните записи, не е пълен за всички манипулации прилагани в българската медицинска практика, прегледи и болнични

дейности, за които се заплаща. От опита на страните прилагачи ДСГ е ясно, че не ще се заплатят всички отчетени дейности, и следва да е ясно и че при ДСГ има определен бюджет, независимо как е наричан той. За определянето му се ползва както индивидуалната болнична базисна стойност и комбинирана такава с групова базисна стойност в определено съотношение напр. 80:20. (Германия например, индивидуални базисни стойности, провинциални базисни стойности и въпреки, че работят над 10 години вече по ДСГ, нямат национална базисна стойност и вероятно поради съпротивата скоро няма да имат). Затова в страните от ЕС се опитват да комбинират КП с ДСГ, като се позовават на факта, че ДСГ са математически изчисления, а КП са алгоритъм за диагностика и лечение. Затова в Италия през 2004 година се създава Европейската асоциация за пътеки –ЕРА, където участниците са над 650 включително и България. (Комитов, Гл. Генов. Стр. 2011)

• **Финансирането по клинична пътека** е друга разновидност на финансирането на случай, прилаган в България. Метода е съвкупност от финансиране на болницата по определени диагнози с определен алгоритъм за качество на извършеното лечение. Като замисъл е добре замислено, но като изпълнение има множество недостатъци. Тук риска за финансиращия орган е свързан със записването на пациента в по-високо платена клинична пътека. Даже битува мнение сред медицинската общественост, че това влияе на националната статистика за хоспитализирана заболяемост (напр. Клиничната пътека за патологична бременност, довела да статистически данни за почти липсваща нормално протичаща бременност според статистическите данни, което наложи намаляване цената на пътеката и прецизиране на медицинския алгоритъм). Понастоящем финансирането на болничната система в България е от смесен тип –заплащане по клинична пътека, на база отчетен алгоритъм и общ бюджет на ниво болници. Рискът за лечебното заведение се изразява в:

а) съществуващата възможност цената на клиничната пътека да е по-ниска от реалната стойност на лечението (финансирането е около 70% от реалните осреднени разходи);

б) методът отчита само диагнозата, но не и състоянието на пациента. По тази причина в особено неблагоприятно положение са МБАЛ, особено тези с общинска собственост, каквато е и Пета МБАЛ София ЕАД, където се лекуват по-тежки случаи, както е при областните и университетските болници. Малките общински болници не разполагат с капацитета да лекуват тежко болни и в повечето случаи нямат специалист, и апаратура както и научната подготовка за това, в) тъй като в повечето случаи клиничната пътека с малки изключения покрива до 60- 70% от реалните разходи (Янева Р.2006), което принуждава болничните мениджъри да търсят други приходи за да не се нарушава фонд работна заплата, и да се

забавя темпа на нарастване на работната заплата и поставя работещите в това болнично заведение в не равнопоставено положение с частните болнични заведения (например Токуда и т.н.). Заплащане на базата на реално извършени разходи – това се извършва на базата на отчетени клинични пътеки (България), ДСГ(Австрия, Румъния), по диагнози или по друг избран начин, като се калкулира тяхната себестойност. За целта е необходима информационна система за аналитично счетоводство. В България от 2006г. се премина изцяло на заплащане от касата на базата на отчетените клинични пътеки, за които болницата е сключила договор с НЗОК. Липсата на интегрирана система води до затруднения, като част от тях са компенсирани с частичния наличен софтуер на касата. Заплащането по клинични пътеки стимулира болниците да приемат всички обърнали се към тях пациенти, да кодират и фиктивни диагнози след като са наясно, че въпреки смесеното финансиране клинични пътеки с глобален бюджет, заплащането не е обвързано с резултатите от лечението на болният, както не е обвързано и с тежестта на лекуваното състояние. Приемането на по-тежки болни както в университетските, областните, така и в Пета МБАЛ, води до по-високи разходи и съответно по-голямо недофинансиране посочено по-горе, което води до диспропорции в заплащането на персонала, особено в допълнителното материално стимулиране и други стимули, където в някои малки общински болници се получават от персонала, поради лекуването на леки случаи и съответно заплатени от финансиращата организация НЗОК. Или по В. Борисов „клиничните пътеки се удобни за действията на бюрократа чиновник - прекален формализъм има в техният замисъл ежедневно реализиране. Терминът пациент изчезна и се подмени с „клинична пътека” (Борисов. В. 2009)

• **Заплащане за остър здравен епизод** (Холандия, тоест заплащането обхваща не само болничната помощ, но и тази от доболничната). За разлика от ДСГ (тази система е по прецизна, тъй като тук единствено и само се кодира от лекаря или максимум по-надолу от медицинския специалист, докато при ДСГ и клиничните пътеки това се извършва от кодировчици в повечето случаи у нас с немедицинско образование и медицинската дейност зависи от кодировчиците след приключване на лечението и изписването на пациента, тоест ретроспективно. заплащането на услугата обхваща не само болничната помощ, но и доболничната и евентуално последващата след болнична услуга. Сравнително нов метод прилаган в Холандия с все още трудно оценени предимства и недостатъци. Изтъкваните предимства са заплащане на всички по веригата, без да се налага изкривяване на информацията или прехвърляне в по-високо маржова група при ДСГ и клиничните пътеки. Кодирането става в хода на третирането на епизода, а не след това, както е при ДСГ и клиничните пътеки и освен това кодирането е от лекаря оказал грижа та или медицинският професионалист, докато при ДСГ и

клиничните пътеки е на база кодиране от кодировчици в повечето случаи не с медицинско образование и главно след изписване на пациента, тоест ретроспективно. Опасности надписване на повече процедури и услуги от прилагащите ги доставчици на медицинска грижа с опасност от нарастване на разходите за здравеопазване и от тук увеличаване на натоварването на икономиката и натоварването на семейния и индивидуален бюджет на лицата.

- **Капитацията**, макар че е за доболничната помощ в България спада към групата на перспективните методи. Реално лечебното заведение в това число и болницата получава фиксирана сума или капитация за комплексен пакет със здравни услуги за всеки обслужен или записан жител или население на съответният район. Този метод се използва и за определяне на регионални бюджети или за определяне на посреднически финансиращи организации (Комитов. Гл., & Генов. Ст. 2011). Рискът зависи от определянето и критериите за размера на капитационната сума, тоест когато не зависи от пол, възраст и здравно състояние рискът е за сметка на доставчика и обратно когато има диференцирани цени или различни нива на капитация, тогава рискът е за осигурителя. Методът има стимули за икономично използване на наличния ресурс и е възможно при него да се въведе принципът че парите следват пациента, както и пазарни отношения в сектор здравеопазване. Системата е проспективна поради това, че е възможно да се прогнозира необходимите средства за бюджет, както и по-качественото ѝ управление. получаване на фиксирана сума за цялостно обслужване за всеки записан в регистъра или обслужван жител от дадено здравно заведение или регион. Тази система е по затворена от първите две. Съдържа стимули за по-икономично използване на ресурсите и позволява въвеждането на принципа “парите следват пациента”, както и прилагане на пазарни отношения в здравния сектор. Едновременно с това системата е проспективна, което позволява планиране на бюджета и по-успешно управление. У нас понастоящем НЗОК заплаща на извършителите на първична извънболнична медицинска помощ по тази система. До момента с най-добър ефект върху справедливостта и ефективността на финансиране на здравните заведения са смесените системи за финансиране, при използване на кейс-микс подхода.

- **Заплащане чрез глобален бюджет** – базира се на исторически принцип (Испания, Швейцария, Великобритания, Италия, Португалия, Канада, Австралия, Финландия, Нова Зеландия). При този модел всяка болница получава глобална (обща) сума за покриване на разходите за цялата си дейност през следващата планова година. За база се взема бюджета от миналата отчетна година (т.н. исторически принцип, като се отчита инфлацията и болниците покриват дефицитите и задържат всички излишъци. При този метод рисковете се споделят между финансиращия орган и лечебното заведение. Много автори приемат този метод за най-

неточен. Недостатъци се недофинансиране или нереално финансиране, както и липсата на мотивация за по-висока продуктивност, качество и т.н. при тази система здравните заведения получават определени (лимитирани) финансови средства за задоволяване на всички свои нужди за даден период. В този бюджет с включени както текущите, така и инвестиционните разходи. Предимствата на тази система са свързани с простотата ѝ и с възможността за контрол над здравните разходи. Едновременно с това притежава редица недостатъци – недофинансиране или нереално финансиране; липса на мотивация за по-висока продуктивност и др.

- **Комбинирано заплащане** – представлява компилация от по-горе изброените методи, като един от тях е водещ, другите са съпътстващи методи за финансиране, които здравните политици и мениджъри намират за подходяща комбинация във всяка една конкретна ситуация. В потвърждение на това твърдение прилагаме по-долу в таблица № 1 финансирането на Пета МБАЛ София ЕАД за 2009 г. и 2008 г. Финансирането през 2009 г. е 75% от продажба на услуги, а от други финансираня - 25%, или преизчислено към всичките приходи чрез НЗОК (СЗОК) болницата се финансира на 69%, а от други финансираня 25%, от които 12.6% са финансиране на медицинската дейност от Столична община извън обхвата на медицинската дейност заплащана от НЗОК, от МЗ финансирането е на 11.4%. Изключително малко се финансира болницата от ДЗОФ – 1%, като причината е обективна - липсата на законова рамка за тази дейност и това финансиране през годините и понастоящем е изключително малко за болничният сектор. Само много малко общини в България освен Софийската финансират собствените си болнични заведения за дейност.

Таблица 1 Финансиране на Пета МБАЛ през 2008 г. и 2009 г.

	2009г	%	% от вс. Пр.	2008г.	%	% от вс. Пр
1. Продажба на услуги	9256	100%	(75%)	8190	100%	(73.8%)
В това число						
А) Към СЗОК	8523	92%	(69%)	7620	93%	(68.7%)
Б) Платени услуги	447	4.8%	(3.6%)	315	3.8%	(2.8%)
В) Потреб. такса	173	2%	(1.4%)	152	1.9%	(1.3%)
Г) Други приходи (ДЗОФ)	113	1.2%	(1%)	103	1.3%	(1%)
2.Общо финансираня	3099	100%	(25%)	2902	100%	(26.2%)
Д)Столична община	1400	45.4%	(12.6%)	1400	49.%	(12.6 %)
Е)МЗ	1555	50%	(11.4%)	1270	43 %	(11.4 %)
Ж) Други приходи от финансираня	144	4.4%	(1%)	232	8%	(2.2 %)
Всичко приходи	12355	100%	(100%)	11092	100%	(100%)

Видно от горната таблица, финансирането на Пета МБАЛ е от смесен тип източници, както и системи на заплащане – НЗОК по КП и глобален бюджет, от СО по брой преминали случай извън обхвата на НЗОК, платени услуги от директно заплащане от страна на пациента по тяхно желание, от потребителска такса – директен приход от пациенти по нормативна база, МЗ по методиките за хемодиализа, спешни прегледани, но не приети пациенти, ТЕЛК.

Нашият опит от прилагането на различни методи за финансиране на болничната дейност в условията на все още застойната реформа и глобалната икономическа криза, позволява да препоръчаме следната комбинация от методи за финансиране, препоръчване и от други автори (Гладилов, 2008):

- От НЗОК по клинични пътеки (евентуално в бъдеще ДСГ)
- От Общината (при собственост на общината)
- От държавата чрез МЗ за болниците със над 51% държавна собственост.
- От бюджетите на МО, МВР, и други ведомства със болнични заведения по ЗЛЗ.
- От МЗ - за дейностите по хемодиализа, психиатрия, ТЕЛК и Спешност за преминал пациент през болницата, но не приет, и за преминали болни през ОАИЛ (Тук следва да отбележим не равнопоставеността на публичните лечебни заведения за болнична помощ със собственост –общинска, които са лишени от субсидиране на преминал болен в отделенията анестезия за интензивно лечение, като тази субсидия е само за болниците с над 51% държавно участие, независимо, че болните не се делят на общински, държавни и така нататък, и средствата са от всички данъкоплатци в държавата.

- От ДЗОФ в момента изключително слабо развит пазар с много малки обеми, както и факта, че това е като един вид допълнително доплащане за преминал случай на болен, осигурен в съответния фонд.

- Доплащане или изцяло заплащане от страна на пациента.

Заплащането от страна на пациента, е най-доброто за болницата, поради факта, че е незабавно след края на лечението, и е винаги толкова, колко е описано в ценоразписа на съответната болница, не се чака време (следващ месец), не се спазват алгоритми на касата, а се спазват само и единствено медицинските стандарти и медицинската етика, или в специалностите, където няма приет медицински стандарт, съответните алгоритми. Доплащането от страна на пациента, до момента на настоящата работа, не е регламентирано официално, въпреки заявеното желание за това и обикновено се счита за неформално плащане, което съществува в лечебните заведения за болнична помощ, но се преследва както административно, така и наказателно.

- Други приходи (от отдадени помещения под наем, от предоставяне на други услуги, свързани с дейността като болница, на не пряко участващи в диагностично лечебния процес, като хранене, пране, аптека и т. н.(част от тези приходи ще се намалят в бъдеще, тъй като с Наредба №49 за болничната помощ се въведе изискване на територията на болничното заведение да може да има само автомати за кафе и топли напитки, както и автомати за пакетирани храни, като по този начин

нормативно се ограничават част от и без това малките по стойност приходи от наем на кафе, магазин например)

Независимо от метода на финансиране на болницата, ръководството ѝ трябва да контролира разходите и да отчита себестойността на своите продукти и услуги. Това е жизнено важно особено при предварително договорените фиксирани суми за заплащане, тъй като е възможно да се предложи услуга, по-скъпа от договореното плащане. Тогава следва, че болницата трябва да поеме разликата, да прехвърли разхода на друг платец, да си подобри ефективността и/или услугата да отпадне. В България в момента в многопрофилните болници имат тези проблеми, като това се дължи от една страна на обективни фактори - липса на информационна система или субективен фактор персонал и ръководство, работещо по старите си навици.

ГЛАВА II – МЕТОДИ И МАТЕРИАЛИ

1. цел
2. основни задачи
3. основни методи
4. времеви план и място на дисертационният труд

1. Цел на разработката

Настоящата дисертация има за цел на базата на сравнителен анализ на положителният опит на развитите страни в областта на болничният мениджмънт и критичен анализ на опита у нас, да разработи икономически модел за ефективно икономическо управление на многопрофилната болница за активно лечение в условията на криза.

2. Основни задачи

Основните задачи произтичащи от целта са:

- Да се направи литературен обзор на икономическите основи на управлението – финансиране, клинични пътеки, недофинансиране и участие на собственика (държава, община) и предизвикателствата на икономическата и финансова криза
- Да направи критичен анализ на реформата на здравеопазването до сега
- Да се направи критичен анализ на структурата и функциите на „Пета МБАЛ – София ЕАД” както и на мениджмънта ѝ в условия на криза
- Да се разработи икономически модел за ефективно икономическо управление на МБАЛ

3. Основни методи

- Обект на анализ е болничният сектор в здравеопазването (типологично подбрани лечебни заведения за болнична помощ – МБАЛ)
- Технически единици на анализ са 35 МБАЛ: 20 общински (от които 3 от София град), 9 областни, 6 университетски
- Логически единици на анализа са: са болнични мениджъри в съответните болници (техният управленски стил, методи становища и оценки).
- Признаците на наблюдението и анализа се съдържат в анкетната карта и отразяват преди всичко: процесите на реформа в здравеопазването на централно ниво, реформата в МБАЛ, стратегическите подходи в управлението, методите на финансиране и други.

При подбора на МБАЛ като технически единици, разработихме методика, осигуряваща типологичен подбор на МБАЛ, които да бъдат включени в извадката. Спазихме изискванията на подбора: използвахме

списъка на МЗ на МБАЛ и подбрахме онези болници, които според нас са типични за процесите на здравната реформа и методите на управление на болничните ресурси в съвременните условия в нашата страна.

За оценка статистическата значимост използвахме уровень на значимост 95% (0,95), което е необходимо условие за гарантиране достоверността на получените резултати.

Използвахме няколко взаимно допълващи се методи на изследване:

- Метод на критичен анализ на процеса на развитие на реформата в здравеопазването и в частност на МБАЛ от зората на зараждането ѝ през 1997 г. (само информативно), като основно поставихме акцента на периода от 2005 г. до 2009 г и до наши дни на базата на държавни документи,(първично и вторично законодателство) изследвания и политически доклади на изследователски институти и независими центрове, кръгли маси с различни участници, дебатите в Народното събрание и Парламентарните комисии по здравеопазване, социална политика и икономика Интервюта разговори с ключови участници в здравно политическия процес, от които получихме допълнителна информация, както и собственият ни опит в управлението на многопрофилната болница от различен тип – областна и общинска, както и опита ни от акредитирането на различни много на брой болници за активно лечение от различен калибър от университетски до малки общински, както и лечебни заведения за доболнична специализирана помощ, с различна собственост, държавни, предимно държавни, общински и частни.

- Анализ на документи

Използваните от нас източниците включват публикувани държавни документи, нормативни актове, политически стратегии, институционални планове за болнично реструктуриране на Министерството на здравеопазването, Националната здравноосигурителна каса, Парламентарната здравна комисия, областните управи, доклади на международни институции, доклади и документация във връзка с реализацията на проекти със средства (заеми) отпуснати от международни финансови институции и др.

- Сравнителен анализ

Направихме сравнителен анализ на публикуваната по темата литература, научни публикации в специализирани списания и книги. Източниците установихме след продължително проучване на бази данни, консултации с експерти и различни библиографски и интернет ресурси. Използваните база данни включват: - Мрежа за научни социални изследвания . (Social Science Research Network) (www.ssrn.com), електронните сайтове на Националния статистически институт, министерство на здравеопазването, НЗОК, международният институт по здравеопазване, Народното събрание, Парламентарните комисии по

здравеопазване, социална политика и икономика Правителство на Република България, Столична община и Столичен Общински съвет.

-Търсачката Google Scholar

- Електронния сайт на Асоциация за финансов мениджмънт в здравеопазването – www.hfma.org

- Електронните сайтове на Американската болнична асоциация, журнала на американската медицинска асоциация и други.

- Електронните сайтове на организации занимаващи се със здравеопазване в ЕС и ЕК

В процеса на търсене на литературни източници използвахме следните ключови термини: болнична реформа, финансиране на болничната помощ, болничен финансов мениджмънт, болничен топ мениджмънт, реструктуриране / оптимизиране на здравните услуги, предоставяне на болнични услуги, болнични реформи в ЦИЕ, здравна реформа в България, болнична реформа в България, плащане на болничните услуги, финансиране на болничното обслужване, акредитация на болниците, стратегическо планиране и мениджмънт, планиране в реално време или стратегическо импровизиране и мениджмънт и др. Предпочитанията ни бяха насочени към научната литература и публикациите на най-влиятелните институции за развитие. Световната здравна организация (СЗО), Европейската обсерватория на здравните системи и политики, Световната банка (СБ), Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР), Европейската комисия и др. Обхванахме и някои непубликувани доклади на консултанти, правени по линия на международни проекти за техническа помощ. Разгледахме и някои не публикувани стратегически документи на основните заинтересовани страни, както и консултантски доклади, предоставени на Министерството на здравеопазването. Ползвахме и политически документи, работни материали и политически декларации от интернет страниците на Министерството на здравеопазването, Здравната комисия на Народното събрание, Националната здравноосигурителна каса, Българския лекарски съюз и Националното сдружение на общините в Република България. Резултатите от проучването на литературата включихме в съответните тематични раздели на настоящата дисертация. От прегледа стана ясно, че в своята основна част литературата в тази област или не е под формата на публикации в специализирани списания за експертна оценка, или изобщо не е публикувана и достъпът до нея е труден. В по-голямата си част тя се състои от консултантски доклади по поръчка на държавните органи, ограничени проучвания без ясно формулирана методология и лични бележки и коментари. Въпреки първоначалните намерения, за постигане на целите на работата се наложи ударението да бъде поставено върху събирането и анализа на първични данни.

- Полу-структурирани интервюта с ключови участници в здравно-

политическия процес.

Целта на интервютата чрез открита беседа в предварително зададени рамки бе да идентифицираме факторите, спомогнали за болничната реформа или издигнатите пречки пред нея. За тази цел използвахме списък от теми и въпроси за провеждане на интервютата, с цел провеждането на открита беседа и съответствие на въпросите с професионалния и експертен опит на всеки респондент. Обхванатите в извадката 50 лица заемат високи длъжностни позиции, даващи възможност за влияние върху политиката, а именно: Председател на Комисията по здравеопазване на Парламента, министър на здравеопазването, заместник министър на здравеопазването, директор на дирекция в МЗ, един директор на РЗИ, директор на НЗОК, един заместник председател на БЛС, двама главни секретари на БЛС, Председател на постоянната комисия по здравеопазване към СОС, един член на същата комисия, Заместник кмет по здравеопазване и социална политика на СО, директор дирекция здравеопазване на Столична община, трима директори на общински болници в София, девет директори на областни болници, шест директори на университетски болници и седемнадесет директори на общински болници извън София, председател на НПО и представител на СБ по здравеопазване за България. Срегнахме изключителна трудност при провеждането на тези беседи, поради наслоенията от балканският ни синдром, подозрителността и липсата на прозрачна публична информация по тематиката достъпна, както безплатно, така и срещу заплащане

- Изследване на ръководен болничен персонал

Разработихме дисертационният труд с помощта на полу-структурирана анкетна карта, съдържаща малко на брой открити въпроси с възможност за извличане на личните мнения и схващания на респондентите. Това бе направено с оглед ценене на времето на респондентите, както и отчетохме и факта, че на това ниво склонността за пряки отговори и пространни изложения не са възможни по ред причини. Анкетата бе проведена сред 35 болнични директори, както следва – 6 университетски, 9 областни и 20 общински, от които 3 от столицата. Извадката представлява една трета от регистрираните МБАЛ, като отчетохме реалният брой регистрирани болници. Въпросникът включва най-важните идеи, възникнали на базата на анализа на документите и приноса на българските и международни експерти и мениджърите на МБАЛ. Използвахме анкетната карта в различни по тип собственост МБАЛ в рамките на извадка на базата на подбор, целящ обхващане на МБАЛ по различен капацитет (малки, средни, големи и много големи), местонахождение (общински, областни, университетски) и видове собственост (държавна, предимно държавна, общинска), както и различна функция на обучение (студенти и след дипломно, само за след дипломно обучение, не обучаващи) Използвахме методът на случайния подбор на МБАЛ (като прилаганата стратификация е

в столицата, по области и общини), за могат за бъдат обхванати техните разновидности във всички части на страната.

Интервютата бяха с Изпълнителните директори или управителите (в зависимост от типа регистрация по ТЗ, като ЕАД, АД, ООД или ЕООД) на лечебните заведения, или техните заместници при отсъствието им. Анкетата провеждахме както по време на акредитиране на лечебните заведения, така и целенасочено на база лични контакти. Стриктно се спазва изискването за гарантиране на конфиденциалност на респондентите при подобен вид изследвания.

- Изследвахме чрез частни събеседвания и дискусии видни политици от управляващата сила и опозицията, както и лица от изпълнителната власт вземащи решения в областта на здравеопазването през всички тези периоди. Отново тук бе гарантирана конфиденциалността на тези събеседвания и дискусии.

4. Времени план на разработката и място на провеждане

Разработката по етапи бе извършена както следва:

а. Наблюдение и преглед на политическите цели на различните правителства в областта на здравеопазването за периода 2005-2009 г. на базата на държавни документи, (първично и вторично законодателство) изследвания и политически доклади на изследователски институти и независими центрове, кръгли маси с различни участници, дебатите в Народното събрание и Парламентарните комисии по здравеопазване, социална политика и икономика. Интервюта разговори с ключови участници в здравно политическия процес, от които е получена допълнителна информация, както и собствения опит на автора в управлението на многопрофилната болница от различен тип – областна и общинска, както и опита на автора от акредитирането на различни много на брой болници за активно лечение от различен калибър от университетски до малки общински, както и лечебни заведения за доболнична специализирана помощ, с различна собственост, държавни, предимно държавни, общински и частни.

б. На второ място в дисертационният труд правим преглед на съществуващата правната уредба за оценка на политическата воля и предприетите стъпки за провеждане на болничната реформа, финансови и организационни нормативни разпоредби (нормативни актове, национални стратегии за реформи, финансови споразумения с донорите и регулиране на болничното финансиране)

в. За определяне на статуквото и напредъка на болничната реформа в икономически аспект проследихме взаимодействието между основните заинтересовани страни и отношенията на сътрудничество между тях. Анализирахме и причините за успехите и неуспехите на етапите на проектиране и реализиране.

5. Място на провеждане – Пета МБАЛ София ЕАД

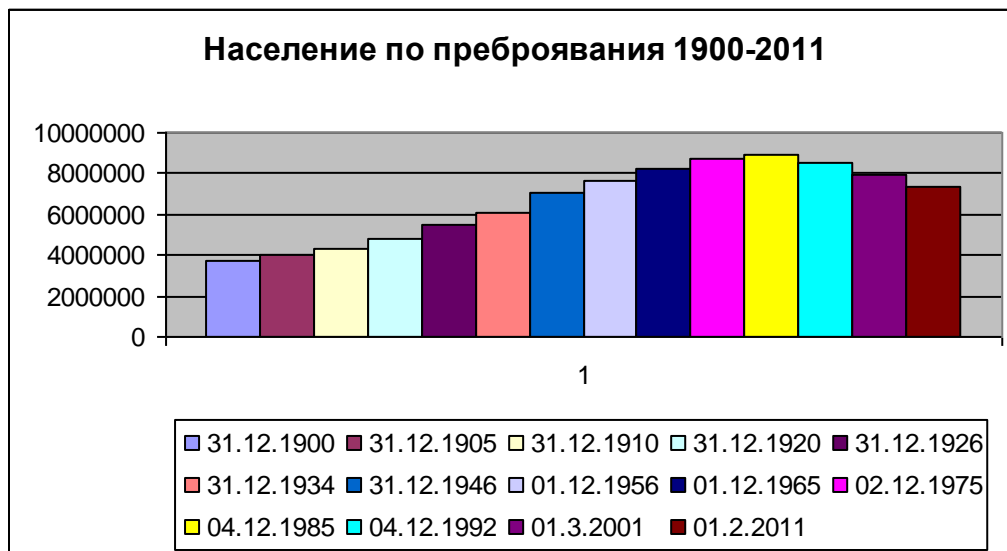
ГЛАВА III КРИТИЧЕН АНАЛИЗ НА ДОСЕГАШНАТА РЕФОРМА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И СЪСТОЯНИЕТО Й В НАСТОЯЩИЯ МОМЕНТ НА КРИЗА

Днешното здравно-демографско състояние на нацията е резултат от влиянието през последните десетилетия на множество социално-икономически и други фактори, свързани както с развитието ни, така и с реализираната здравна политика. Измененията в равнищата на общественото здраве формират конкретни здравни потребности, които определят приоритетите и респективна главните цели във функционирането на здравната система.

1. Какво е настоящето в здравната система на Република България?

- Населението на Република България към 01.02.2011(НСИ 2011) е 7 364 570 души, като отново преобладават жените и се пада по 1053 жени на 1000 мъже.

Фигура 7. Население по преброявания 1900-2011 (НСИ -2011)



Запазва се характера на тенденцията на урбанизация или в градовете живеят 72.5%, а в селата 27.5%. Най голямо по брой население е това в София (столица) и е 1291591 души или 17.5% от населението на България, като най малка област е тази във Видин с население от 101018 души или 1.4%. Намалението на населението между двете преброявания 2001 – 2011 е 564331 души, като от тях 68.9% се дължи на отрицателният прираст (повече починали от родени лица) и 31.1% се дължи на външна миграция или 175 244 души са напуснали страната и с това са излезли от здравното и социално осигуряване. Характерно е и застаряването, което не е изолирано само за България, като при нас относителния дял на лицата след 65 годишна възраст се е увеличил от предишното преброяване през 2001 г. от 16.8% на 18.5% през 2011 г. и е по-висок от този в страните членки на ЕС (13.59%). В същото време лицата под 15 години са били 15.3% през 2001 г

и техният дял намалява на 13.2% през 2011 г. Тези данни са тревожни и следва да се промени дизайна на системата на здравеопазване в посока на увеличаване на различните лечебните заведения за възрастни хора и оптимизиране на тези за деца и лица в трудоспособна възраст, което в сегашният момент не е факт.

- към 01.02.2011 г. икономически активни лица са 3 282 740 на възраст 15-64 навършени години, от които заетите и следователно би трябвало да се осигуряват са 2 834 835 лица и по статистика безработните са 494 848 лица или 15.0% безработни – един много висок процент, различаващ се от ЕС и САЩ. Също така би било логично само лицата, които са безработни да не са здравно осигурени, въпреки че за тези от тях които се регистрирани в бюрата по труда, държавата поема това за определен период. На при положение, че здравно неосигурените са около 1 250 000, показва, какъв би бил евентуално сивият сектор, където не се плащат здравни осигуровки или в цифри от по-горе посочената цифра на заетите – 2834835, като се извадят безработните -494 848 лица и разликата от тези, които не се осигуряват и не заети в сивия сектор – 755 152 или 26.6% сив сектор. Оставащите работещи от 1 584 835 души, би следвало да плащат здравните си осигуровки, поради заетост. Държавата изплаща на децата и възрастните пенсионери, но за съжаление не в същият процент като при работещите а сума от 1 лев и то не редовно, което натоварва и без това малкият бюджет на НЗОК от здравноосигурителни вноски.

- Раждаемостта продължава да е ниска, независимо от нарастването и през последните години, като за 2009 година достига 10.7 на хиляда при среден показател за ЕС от 9.28 на хиляда. Общата смъртност на населението (14.5 на хиляда през 2008 г.) е доста по-висока в сравнение с ЕС (9.0-10.2 на хиляда). Очакваната средна продължителност на живота за 2006-2008 г. е 73 години. Отново този показател е по-нисък от повечето страни членки. При мъжете средната продължителност на живота е 69.5 години, като само в прибалтийските страни членки Естония, Латвия и Литва средната продължителност е по-ниска, докато в останалите страни членки достига до 79 години При жените у нас е 76.6 години, стойност близка до тази в Румъния и Латвия, но в останалите страни членки, тя е над 80 години.

- Водещите причини за смъртността са болестите на органите на кръвообращението (65.8%, основно от ИБС и мозъчен инсулт), следвани от новообразуванията (15.9%), болести на дихателната система (3.7%), травмите и отравянията (3.5%).

- Честотата на регистрираните заболявания липсват коректни данни от 2000 година насам, поради изкривяването и не отчитането и. Съгласно прогнозните данни на НЦЗИ тя намалява, като водещи са заболяванията на дихателната система (38%), следвани от болестите на нервната система и органите на кръвообращението. Има данни за

нарастване на заболяемостта от новообразувания и психически заболявания, като тенденцията особено на вторите ще расте. Статистиката отчита и постоянно нарастващия брой на хоспитализирани пациенти, което се потвърждава и от НЗОК. Инвалидизиране- основните причини при възрастните са болестите на кръвообращението (40.1%), новообразуванията (16%) и др.

- Показателят за активните години след пенсиониране не се отчита у нас в настоящия момент, въпреки ясните данни за застаряването на населението и дискусиите за увеличаване на годините за пенсия, както и жизненото равнище на хората, в тази възрастова категория.

Динамиката на горе цитираните показатели е формирана единствено и само в условията на преход, където детерминантите на здравето – доходи, работа, образование и други фактори са на рискови нива, което от своя страна допълнително се увеличават под влияние на икономическата криза у нас, като този процес започна да се усеща осезателно след месец август 2009г., когато с промяната на политическата власт, стана известно размера и реалността на икономическата криза, която до този момент беше скривана от бившето правителство на тройната коалиция, които се опитваха дори да игнорират обективността на тази криза и излъчваха подвеждащи сигнали, за благополучието на държавата ни. Какво е състоянието на тези детерминанти в настоящия момент на икономическа криза у нас?:

1. Ограничен ръст, дори замразен, а на много места и намаление
2. Високо ниво на безработица в края на 2010 г. – 15 % (НСИ 2011), което е и съизмеримо дори с това отвъд океана в САЩ за трето тримесечие на 2009 г., а именно 10.2%
3. Ниско ниво на грамотност особено сред етническите малцинства, но и задълбочаващата се пропаст в образованието и грамотността на цялото ни население
4. Не рационално хранене, особено и на подрастващите (високо консумация на мазнини, сол, концентрирана захар и захарни изделия), независимо от опитите на МЗ, МТСП и МОН за борба с това сред децата и подрастващите в училищата.
5. Ниска двигателна активност на цялото население и прогресиращо обездвижване от начина на живот на подрастващите и децата.
6. Широкото разпространение на тютюнопушенето (около 3 000 000 (пушачи) и подмладяване на възрастта на започване на активното тютюнопушене, като мерките за увеличаване на акциза за тютюневите изделия и ограниченията за тютюнопушене на обществени затворени места от страна на правителството и компетентните институции остават без ясно видим ефект.
7. Злоупотреба с алкохол при 21.5% от мъжете и 7% при жените и подмладяване на възрастта и при двете групи.

8. Все по-широкото разпространение на дрога и други наркотични вещества и прекурсори сред населението и подрастващите.

9. Със затлъстяване и наднормено тегло са близо 50% от населението, тоест над 3 000 000 души, като честота на това сред младите, подрастващите и децата е сериозно обезпокоителна.

10. Броят на лицата с хипертонична болест, регистрирани и лекувани, е над 2 000 000 души, като все още не е ясно колко от особено по-младите лица не са потърсили медицинска помощ.

11. Над 2 300 000 души са лицата с известен повишен холестерол

12. Диабетът придобива размерите на епидемия

13. Броят на двойките със стерилитет и репродуктивни проблеми е над 250 000 души.

2. Финансови и структурни зависимости в сферата на здравеопазването в България

- Неадекватно функциониране на системата

Разглеждането на здравеопазване в сферата на системния подход следва да отбележи, че здравните потребности винаги надхвърлят наличните ресурси за тяхното пълно удовлетворяване и нарастването им е неравномерно. Тава заедно с неумолимото ограничаване на разходите вследствие на разгръщането и икономическата криза у нас и необяснимото и пренебрегване и отричане от предишното правителство на тройната коалиция налага в кратки срокове да се планира и осъществи основното реструктуриране и ефективно управление в здравеопазването особено в болничната помощ, каквито плахи и неуверени, а понякога и необосновани действия от страна на МЗ и МФ, НЗОК са налице през последното тримесечие на 2009 г., както и въвеждането на делегираните бюджети за първото тримесечие на 2010 г., които в голямата си част са намалени с сравнение на 2009 г. с около 30-40%, с малки изключения, основно за университетските болници, което е и факт при Пета МБАЛ (намаление с 35%), също така и превеждане на изработените суми на болниците със закъснение и отново с намаление от около 50% от отчетеното и приетото от съответната РЗОК. Проблемите се усложняват и от факта, че освен не сключването с някои малки болници на договори с РЗОК, на големите болници, включително и Пета МБАЛ бюджета не се увеличава или поне не е в размера на предходната 2009 година, за да се поемат увеличени брой пациенти от закритите болници. Проблем остава и за медицинския персонал от закритите болници особено за сестрите, които трудно биха пътували, за да си намерят работа в големите болници, независимо от повсеместния недостиг на медицински сестри в България, което е и риск за стриктното изпълнение на приетите медицински стандарти. Застаряването на населението, нарастването на обществените очаквания представляват заплаха за увеличаването на своевременния достъп до

здравно обслужване, като по този начин се застрашава правилното функциониране на системата. И в настоящия момент в края на 2009 г. достъпът, справедливостта и солидарността остават основни характеристики на системата за оптимално здравно обслужване, но само тяхното постигане като цели е недостатъчно от гледната точка на подобряването на качеството на предлаганата здравна услуга и постигането на финансова устойчивост на системата на здравеопазване. Разбира се, стойността създадена от системата като цяло следва да бъде подобрявана – срещу всеки изразходван лев да се удовлетворяват по-пълно и по-вече здравни потребности.

За съжаление в българската здравна система, към настоящия момент, няма достоверна зависимост между получените крайни резултати при лечението на специфично болестно състояние и направените съответни разходи. За това и често по-високите разходи не съответстват на по-добро обслужване. Това е основното което ние се опитваме да променим в управляваната от нас Пета МБАЛ София ЕАД, като в повече детайли това ще бъде разгледано по-нататък в текста.

Исторически погледнато реформата на националната ни здравеопазна система се реализира като се фокусира извън цялостния контекст последователно на отделни въпроси –като: частна медицинска практика, приватизация на част от извън болничната помощ, статут на професионалните организации, създаване на НЗОК, реимбурсация , акционерни дружества в болничната помощ, лекарствена дейност, позитивен списък и т.н. Липсата на цялостна нормативна рамка, стратегия за развитие на системата при стартирането и провеждането на реформата за превръщането в оптимална организация на системата като цяло и адекватните роли на отделните участници в нея, доведе до настоящите неблагоприятни реалности: болниците, лекарите и другите изпълнители на болнична помощ да получават възнаграждения за количеството на оказаните услуги, а не за тяхното качество. Освен това, техния труд се заплаща главно за извършването на лечение, а не за превенция. При сега съществуващите клинични пътеки са създадени възможности за насочване на разходите само към по-скъпо струващите и бързо оборотни действия, извършване на селекция при хоспитализацията, включително за пациенти, които попадат извън обсега та КП, повсеместно изкривяване на здравната информация като следствие на цитираното по горе, липсата на възможност за сравнение на разходваната ефективност и ефикасност между отделните лечебни заведения. Понастоящем няма никакви санкции, включително и финансови, когато оказаната медицинска помощ е дефектна поради медицински грешки, неправилно избран метод на лечение или поради други причини, както и липсата на стимули за отлично свършена работа. В действителност, тъй като лошите резултати водят до по-продължително лечение, изискващо повече заплащане, неправилно

изградената система за заплащане и стимулиране даже води до награждаване на тези не справящи се изпълнители на медицинска помощ, които работят не качествено и допускат медицински грешки или в най-добрия случай не са мотивирани за подобряване на качеството.

- Публични разходи за здравеопазване: през 2009 г. те са в размер на 4.18% от БВП (през 2006-2008 по 4.2% и 4.3% от БВП съответно). По този показател България е на последното място в ЕС, където най-високи са разходите в Германия (10.4%), Холандия и Белгия (по 8%), а най-ниските са в Латвия -4.8% и Румъния-4.5%. Като доказателство за това твърдение прилагаме таблица от Организацията за Икономическо сътрудничество и развитие

Таблица № 2 Разходи за здравеопазване по данни на ОИСР

Country	1960	1970	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006 ¹
Health expenditures as a percent of gross domestic product											
Australia.....	3.8	—	6.3	6.9	8.3	8.4	8.6	8.6	8.8	8.8	8.7
Austria.....	4.3	5.2	7.5	8.4	9.9	10.0	10.1	10.2	10.3	10.3	10.1
Belgium.....	—	3.9	6.3	7.2	8.6	8.7	9.0	10.5	10.7	10.6	10.3
Canada.....	5.4	6.9	7.0	8.9	8.8	9.3	9.6	9.8	9.8	9.9	10.0
Czech Republic...	—	—	—	4.7	6.5	6.7	7.1	7.4	7.2	7.1	6.8
Denmark.....	—	—	8.9	8.3	8.3	8.6	8.8	9.3	9.5	9.5	9.5
Finland.....	3.8	5.5	6.3	7.7	7.0	7.2	7.6	8.0	8.1	8.3	8.2
France.....	3.8	5.4	7.0	8.4	10.1	10.2	10.5	10.9	11.0	11.1	11.0
Germany.....	—	6.0	8.4	8.3	10.3	10.4	10.6	10.8	10.6	10.7	10.6
Greece.....	—	5.4	5.9	6.6	7.8	8.4	8.2	8.5	8.3	9.0	9.1
Hungary.....	—	—	—	—	6.9	7.2	7.6	8.4	8.2	8.5	8.3
Iceland.....	3.0	4.7	6.3	7.8	9.5	9.3	10.2	10.4	9.9	9.4	9.1
Ireland.....	3.7	5.1	8.3	6.1	6.3	6.9	7.1	7.3	7.5	8.2	7.5
Italy.....	—	—	—	7.7	8.1	8.2	8.3	8.3	8.7	8.9	9.0
Japan.....	3.0	4.6	6.5	6.0	7.7	7.9	8.0	8.1	8.0	8.2	8.1
Luxembourg.....	—	3.1	5.2	5.4	5.8	6.4	6.8	7.6	8.1	7.8	7.3
Mexico.....	—	—	—	4.8	5.6	6.0	6.2	6.3	6.5	6.4	6.6
Netherlands.....	—	—	7.4	8.0	8.0	8.3	8.9	9.4	9.5	—	—
New Zealand.....	—	5.2	5.9	6.9	7.7	7.8	8.2	8.0	—	—	—
Norway.....	2.9	4.4	7.0	7.6	8.4	8.8	9.8	10.0	9.7	9.1	8.7
Poland.....	—	—	—	4.8	5.5	5.9	6.3	6.2	6.2	6.2	6.2
Portugal.....	—	2.5	5.3	5.9	8.8	8.8	9.0	9.7	10.0	10.2	10.2
Slovak Republic...	—	—	—	—	5.5	5.5	5.6	5.9	7.2	7.1	7.4
South Korea.....	—	—	3.4	4.0	4.5	5.2	5.1	5.4	5.4	5.9	6.4
Spain.....	1.5	3.5	5.3	6.5	7.2	7.2	7.3	8.1	8.2	8.3	8.4
Sweden.....	—	6.8	8.9	8.2	8.2	9.0	9.3	9.4	9.2	9.2	9.2
Switzerland.....	4.9	5.4	7.3	8.2	10.3	10.7	11.0	11.4	11.4	11.4	11.3
Turkey.....	—	—	3.3	3.6	4.9	5.6	5.9	6.0	5.9	5.7	—
United Kingdom...	3.9	4.5	5.6	6.0	7.2	7.5	7.6	7.7	8.0	8.2	8.4
United States ² ...	5.1	7.0	8.7	11.9	13.2	13.9	14.7	15.1	15.2	15.2	15.3

Публичните разходи в България нарастват пред периода 1999-2008 г. (от 923 000 000 лв. до 2 672 800 000 лв. или нарастване с 184.4%). Прави впечатление, че за същия период от време потребителските разходи са скочили с 402% (1 993 000 000 лв.). От тях според НСИ разходите са за предимно лекарства и консумативи или 71.7%.

Разходите за здравеопазване през 2005 г. са 231 лв. на глава от населението и които нарастват на 369 лв. през 2009 г. или нарастване с 59.7%

Налице е една опасна тенденция засилваща се през последните години за преминаване от солидарност в здравното осигуряване към индивидуални плащания при необходимост, което в един бъдещ период има опасност да срина солидарността в здравното осигуряване, независимо от предприетите строги законови мерки в края на 2009 г. и началото на 2010г. Процента на хората осигурявани от държавата, а именно групите от 0 до 25 години (тук се имат в предвид учащите) и над 65 години, или чистите потребители на здравни услуги постоянно нараства основно в групата над 65 години, а в същия момент държавата, чийто отговорности са, ги осигурява доста под минималната вноски, а именно по 1 лев при минимална работна заплата за страната от 240 лева. В същото време с повишаването на вноската от 6 на 8% натовари групата от 25-65 годишните, тоест продуктивно население, което все повече започва да не е донор поради следните причини:

- увеличаващата се безработица (15%) в кризата и освобождаване на големи маси работещи, които спират да си плащат задължителните здравни вноски към НЗОК, които през последното тримесечие на 2009 г. достигат над 1 250 000 не осигурени лица.
- Наличие на заможни групи от хора не желаещи заплащането на задължителните вноски (адвокати, бизнесмени, свободни професии), и предпочитат да заплащат директно на услугата в лечебното заведение или лекаря.
- Никакви санкции от страна на правителството, като нормативен документ, и НЗОК като пряк изпълнител срещу нездравословния начин на живот водещ до влошаване или увреждане на здравето от злоупотреба с алкохол, тютюн, наркотици и други вещества. Това обезверява лоялните донори и все повече ги измества в групата защо да плащам солидарно, когато парите се потребляват главно от лица с нездравословен начин на живот, за които няма санкции и чистите потребители на здравеопазна помощ, които се осигуряват от държавата под минималните прагове, които ние сме задължени да заплащаме.
- Не натрупване на запаси от финансови средства за осигуряване на бъдещите ни поколения по време на просперитета на държавата, дори напротив юнашко безцелно използване на тези излишъци. Разбира се тук трябва да се отчете, че този процес засяга не само здравеопазването, но и социалните разходи и разходите за пенсии. Това всичко ще натовари изключително много следващите поколения. Разбира се тук имаме и в предвид така наречения голям резерв на НЗОК, които дори в бюджета на НЗОК за 2010 г. не фигурира, а той в целостта му от около 1 400 000 000 лева (тук са и сумите от увеличената здравно осигурителна вноски, като в същото време бюджета за болнична помощ е с недостиг от около

500 000 000 лева и бе актуализиран през втората половина на 2010 с обещани 350 000 000 лева от страна на министъра на финансите и премиера).

- Не правилното разходване на средствата на НЗОК от различните лечебни заведения по вертикалата и от един и същи тип лечебни заведения по хоризонталата. (пример фаворизиране на университетските и областни болници с по-голям бюджет за сметка на общинските).

- Обезверяването на лоялните чисти донори на здравно осигурителната ни система, които в момента само внасят в системата и не потребляват или само в много малка степен, си задават въпроса „плащайки аз сега и осигурявайки солидарността в този момент, ще мога ли да разчитам аз на същото в бъдеще, когато има нужда?“. За съжаление нараства броя на тези скептици и това ерозира доверието в солидарността, което се подсилва и от някои необмислени действия и изказвания на правителството в лицето на МЗ.

3. Целесъобразност на изразходване на ресурсите в здравеопазването.

- Болничният сектор в Република България не е структурно оптимизиран и това е основната причина за несправедливото разпределение на ресурсите.

- Броят на леглата за активно лечение на 1000 души на глава от населението за България е висок -4.69 спрямо 3.52 легла за страните членки на ЕС.

- Недостиг на легла за долекуване и продължително лечение, тоест 3.4 легла на 1000 души за население на възраст над 65 години. Като за страните от ЕС този показател е 42 легла. Тази ситуация се дължи на липсата на механизъм и средства за заплащане на този вид дейност;

- Значително нарастване на броя на хоспитализираните лица в лечебните заведения (22 хоспитализации на 100 души за 2008г., докато в ЕС те са 18). Това се дължи на слабости в договарянето и заплащането на клиничните пътеки, улеснения достъп до болниците- у нас плановите приеми са около 50%, докато във Великобритания те са 80%.

- Постоянно увеличаване на броя на лечебните заведения за болнична помощ при изпреварване на ръста на финансови средства. При липсата на национална здравна карта, разкриването и започването на дейността на новите лечебни заведения, главно частни не е съобразено с медицинските потребности, заболеваемостта на населението в този регион, наличието на други вече работещи лечебни заведения за болнична помощ на същата територия, нито пък с наличния човешки потенциал от медицинска специалисти. Друго характерно е от възникването си, съгласно действащото в момента законодателство, което предстои дори да се либерализира, единствената ограничаваща причина за достъп до публичните средства бе акредитацията на лечебни заведения, със всичките ѝ недостатъци и несъвършенства е на път да отпадне и това би позволило

незабавен достъп до публичните средства на НЗОК, без доказателства за възможност за запълване на капацитета и качеството на предлаганата услуга. За България има 4.62 болници на 100 000 души в сравнение с 3.18 болници на 100 000 за ЕС. Показател по който отново сме на опашката в съюза.

- В България съществува непропорционално разпределение на специалистите в страната. На 100 000 души те са 286 у нас срещу 116 души на 100 000 души в Европа. Има неатрактивни специалности като клинична патология, микробиология, паразитология и други, където почти няма специалисти и свръх предлагане на специалисти при други като например акушерство и гинекология и кардиология. На трето място има и специалности, които изпитват остър недостиг на лекари като анестезиология и интензивно лечение, психиатрия, образна диагностика, където липсата се дължи на емигрирането на тези специалисти в развитите страни от Европа и САЩ, където заплащането на труда им е не сравнимо по-високо от равнищата в България. От друга страна това се дължи и на недалновидната политика на МЗ и медицинските университети да не се обучават специалисти, като имаше и години с нулев прием за придобиване на специалност. Това се дължи, както на не ефективната Наредба № 34 за след дипломно обучение в системата на здравеопазване, така и на липсата на регистри в МЗ на завършилите медицина лица, потребностите от медицински специалисти като цяло в страната и по региони за очакваната подмяна на поколенията. Това въпреки двукратно заплатената консултантска услуга на Беаринг поинт САЩ, и представените видове регистри, това не се случва в МЗ. Разбира се БЛС разполага с Регистър, но за съжаление, той се ползва единствено и само от Ръководството на съюза и почти не е приложимо в планирането на специалисти в страната по региони и като цяло. Същото се отнася и за професионалистите по здравни грижи.

- Не ефективната роля на ОПЛ – 16% от пациентите отиват направо в болниците за хоспитализация. В България ОПЛ не изпълняват длъжността си на gate keeper като не ефективно пропускат пациентите до болница, или пък ги забавят до такава степен, че уврежданията на настъпилите усложнения на не адекватно лекуване на дадено заболяване са такива, които в много случаи завършват летално. Независимо, че липсва ограничение от страна на НЗОК за издаване на така наречения талон №7 за хоспитализация, резултатите показва, че липсва ефективност на дейността на ОПЛ. Докато относно малкото на брой консултации с извън болнични специалисти с медицинско направление № 3 е обяснимо с ограниченията на броя на издадените направления за всяка ОПЛ практика наложени от страна на НЗОК.

- Поради липсата на подходящи стимули качеството в системата не се

подобрява: 21% се хоспитализиат на по-високо от нужното ниво, докато във Великобритания едва 1.75%. Налице е висока концентрация на разходите по клинични пътеки – в България 27 КП от общо 299 за 2009 г-формират 50% от общия разход и освен това тяхното разпределение е не равномерно в страната и се подчинява на някакви странни най-вероятно лобистки критерии при определяне на стойностите им.

- Разходите на НЗОК са насочени предимно към болничната помощ (58%) и медикаментите (19%). Това би било логично, тогава когато в разходите за болнична помощ се включва тази за активно лечение и тази за продължително лечение и долекуване. Тъй като за последното т.е. за продължително лечение и долекуване средствата са почни нулеви, сравняване с развити страни от ЕС не е уместно и посочването на пример от Холандия с близо 70 % за болнична помощ в едно с долекуване и продължително лечение не е удачно. Разбира се България не прави изключение от правилото на Баумол, че нарастването на публичните разходи в здравеопазването са главно свързани с нарастването на цените на лекарствата. Докато разходите свързани с научно техническия процес и внедряването на нови технологии в здравеопазването, не оказва такъв ефект както медикаментите, поради факта, че с новите високотехнологични апарати и оборудвания се намалят заетите в сферата на здравеопазването, което пък е един компенсаторен механизъм по отношение на изпреварващата нужда от квалифицирана медицинска работна ръка и невъзможността за репродукцията на населението да осигури такава, както и намаляването на съществуващата такава, поради емигрирания към страни с по-високи доходи, както и не произвеждането т.е. обучаването и тренирането на такава работна ръка, Ето защо твърденията на Баумол се потвърждават. Още ръстът на доходите на лицата заети със здравеопазване изостават в сравнение с повишаването на доходите в страната

4. Реформа в болничната помощ

Здравната реформа се осъществява в три главни направления:

- Икономическа
- Структурна (организационна)
- Реформа в управлението

4.1. Икономическа реформа

Тя е основната движеща сила на преобразуванията, водеща до формиране на пазарност в системата на здравеопазването и изоставяне на командно административния подход тип „Семашко” в страните от ЦИЕ. Така се формират на базата на автономността трите пазарни субекта „потребител „ на здравни услуги (пациентите), „производител” (доставчик, лекари, здравно заведение) и „купувач” (посредник), който купува здравни

услуги от производителите от името на потребителя при определен финансов режим.

Основното значение се отдава на автономността на пазарните субекти в системата на здравеопазване. За потребителя това е правото на свободен избор и достъп, регламентирани в Закона за здравето и Закона за здравното осигуряване. За доставчика, автономността е регламентирана в закона за лечебните заведения, според който, те придобиват статут на независими икономически субекти. Автономията на купувача е създадена у нас със Закона за здравното осигуряване, формирането на НЗОК, като самостоятелна организация, осъществяваща задължителното здравно осигуряване и създаването на доброволните здравно осигурителни дружества. Отношенията между автономните пазарни субекти в системата на здравеопазването се уреждат на основата на договори, съгласно ЗЗО и в съответствие със Закона за задълженията и договорите. Сключването на писмени договори са предвидени задължително само за посредника и доставчика, при задължителното здравно осигуряване. Отношенията между доставчик и потребител и между потребител, посредник също имат договорен характер (с взаимни права и задължения, неизпълнението на които води до санкции.)

Създаването на пазарните отношения между автономните субекти в здравеопазването включва и възможност за определяне и регулиране на цените на здравните услуги, както и възможността за определяне и регулиране на конкуренцията между доставчиците. (за фондовете за сега в България не е на дневен ред, за разлика от Холандия например, където такава конкуренция между дружествата съществува и държаната се намесва с регулация, въпреки че всичко е частно, тя се възприема от холандците, като публично задължение на държавата относно здравеопазването.)

Конкуренцията е най-мощния пазарен фактор и стимул за развитие и винаги е в интерес на потребителя. Създават се и условия за прилагане на други икономически регулатори, които да създават необходимото поведение на потребителя, доставчика и купувача, съобразно мисията на здравеопазването. (Холандия)

Разходите за здравеопазване нарастват с по-високи темпове от нарастването на БВП както в света и в частност Европа, така и в България, като публичното финансиране в света и Европа е близо половината от цялото финансиране, докато процента в България е над 85%. И още докато в ЕС през последните години болничните разходи са намалели от 55% до 30-35%, (Ц.Воденичаров 2010), докато у нас те все още преобладават (И.Ваклинов, НЗОК, 2010). Причините за по бързия темп на нарастване на разходите за здравеопазване са много, докато някои са в болничния контрол, но други са извън него. Бихме цитирали само някои от тях като акцелериращите регулаторни изисквания, високи административни такси,

извършване на дейност с по-висока себестойност от средната за страната, високо технологичното медицинско оборудване и процедури, влияние на медицинските грешки (основно за САЩ, отчасти за ЕС но без България), растящите разходи свързани с лекарствените средства с тяхната разработка и развитие (ефект на Баумол). При все, че съществуват множество противоположни позиции за това как следва да се свързва БВП със здравеопазването, ясно е че разходите за здравеопазване сигнификантно добавят стойност към разходната структура на бизнеса, както и към повечето индивидуалните персонални бюджети. Въпреки че високо развита страна като САЩ също се бори с постоянно нарастващата стойност на здравеопазната ниша, също така и наличието на големи маси от неосигурени лица (планът Обама за здравеопазване в САЩ), въпреки това САЩ има най-лошия морталитет при лечимите състояния при сравняване с 18 други индустриализирани страни – Австралия, Канада, Германия, Нова Зеландия, Обединеното кралство и др. (HFMA's Healthcare finance outlook, 2009). В същия обзор се посочват и други аспекти, където САЩ изостават, а именно достъпа, безопасността на пациента, ефикасността и достатъчността, независимо, че разходите на човек за здравеопазване са двукратно по-големи от цитираните по-горе страни. (разходи в щатски долари за 2007г. – САЩ- 6102, Обединеното кралство - 2546, Нова Зеландия – 2083, Германия – 3005, Канада – 3165, Австралия – 2876).

При изследването на по-бързото нарастване на разходите за здравеопазване в сравнение с БВП, анализаторите се фокусират върху следното:

- Работна сила
- Система на заплащане
- Интеграция на лекарите
- Технологиите
- Планиране на капитала

Всеки от тези фактори играе сигнификантна роля в това как днешните здравеопазни организации и в частност болниците разпределят капитала си и приоритизират ресурсите си в условията на икономическа и финансова криза.

4.1.1. Работна сила

Нарастването на разходите за работната сила е единствения най-важен фактор движещ процеса на нарастването на разходите за здравеопазване. Това се наблюдава не само в Европа, САЩ, Канада, Австралия, но и у нас. У нас повече от половината (60%) от годишното нарастване на разходите за здравеопазване се дължи на нарастването на стоките и услугите закупвани от болниците за да изпълняват своята дейност и постигането на своите поставени цели. Повече от две трети от този растеж на стоките и

услугите е свързан с надници и заплати и придобивки за наетите на работа в здравеопазването. Дори повече, болниците изпитват големи затруднения с квалифицирани медицински сестри и някои лекарски специалности у нас (патоанатоми, микробиолози, педиатри, анестезиолози и др.), което натоварва допълнително и без това тежкия товар за болниците. Много са свободните длъжности за сестри и лекари от горесъществуващите специалности в едно с изискванията на НЗОК, нивата на компетентност, въведени от МЗ съгласно съответните медицински стандарти и стриктното им имплементиране от страна на касата, основния платец в държавата, се наблюдава намаляване на броя на студентите и специализантите (у нас по причина не само непривлекателност, но и чисто административен пропуск от страна на МЗ и Висшите медицински училища, било от липсата на регистри, било от незаинтересованост, нехайство или много по-лошо липсата на капацитет). В същото време работната сила застарява, смяната напуска България или не се насочва в тази сфера, отваря голяма пропаст. Това заедно с конкуренцията на доболничната структура и частния сектор изключително натоварва болницата. При все, че по време на криза, натиска малко намаля в условията на икономика в рецесия, но все така болниците продължават да се борят с персонала и свързаните с тях разходи, тъй като застаряващото население навсякъде по света и у нас увеличава търсенето на здравеопазни услуги. Поради липса на лекари по определени специалности като анестезиолози, педиатри, патоанатоми както и медицински сестри, принуждават мениджърите да наемат пенсионери такива, които разбира се са по-лоялни, или пък при друг подход - пенсионират се лекари и медицински сестри и се наемат отново, като по този начин се дава възможност да се увеличи дохода им заплатата и пенсия, то от друга страна натоварва пенсионната система, и затова де постигна споразумение в тристранния съвет между правителство в лицето на МТСП, работодателите и синдикатите за постепенно увеличаване на стажа и възрастта от 2012 година нататък, за да не се стигне един работещ да издържа 2 пенсионери, като в момента това съотношение е 1:1.53. Мениджмънта на Пета МБАЛ прилага и двата метода, като противодействие на недостига на кадри и начин за повишаване на доходите на част от работещите, без натоварване на болничния бюджет. Опитавме и варианта със субсидии от страна на държавата, чрез агенцията по заетостта, за наемане на почасово, основна на хигиенисти, но се оказа не удачен за нас и изоставихме тази идея.

4.1.2. Система на заплащане

Стойността на здравеопазването също се определя от поощренията налични и в сегашните системи на заплащане навсякъде по света и у нас. Управлението на разходите за здравеопазване и промоцирането на клиничното качество е в пряка зависимост от съществуващата система на заплащане. Докато системата в света обезкуражава първичната здравна

помощ и насочвайки ресурса към скъпите и по профитабилни услуги от специалистите. В България нещата са малко обърнати. При все че най-честите причини за увеличаването на разходите за здравеопазване са хроничните заболявания, съществуващите понастоящем - такса за услуга (Европа, САЩ), ДСГ и клинични пътеки (у нас) не заплащат адекватно или изобщо не заплащат за видовете на координация и мениджмънта, доказали се като успешни при лечението на хроничните заболявания и отчитащи комплексността на грижата, са в повечето случаи свързани. Също така при настоящите системи на заплащане на базата на обема, болниците, лекарите и другия персонал, който предоставя високо качествена помощ, си изправя пред потенциалния риск от намаляване на заплащането. В допълнение, системата на заплащане насърчава конкуренцията между доставчиците на услуги с високи маржове, което води до фрагментиране на грижата и при някои случаи и надценяване и свръх заплащане и от тук много честото при употреба на услугите. У нас от наличните близо 300 клинични пътеки само 10-15% са адекватно и свръх финансирани, докато другите са недофинансирани в различен процент.

4.1.3. Интеграция на лекарите

Подобряването на качеството и ефикасността на предлаганата грижа също може да изисква ново взаимоотношение с лекарите. Разпределението на разходите с времето се измества. Докато в развитите страни понастоящем една трета от разходите отиват за болнична помощ у нас това е почти точно обратното. Ако разходите за болнична помощ в света се намаляват от 55% на 35% (Ц.Воденичаров), а разходите за лекарите и другите амбулаторни специалисти се увеличават, у нас както бе вече споменато е обратното. Едва в началото на 2010 г. с новия бюджет на Р. България и НЗОК се предприеха стъпки в тази посока за приближаването ни към развитите индустриални държави, а именно – намаляване на разходите за болничната помощ и реструктурирането ѝ, както и изместване на фокуса в доболничната с основен акцент превенцията. Също поради не адекватното на извършената дейност заплащане на лекарския и друг персонал на болниците се наблюдава тенденция към преместването на работната сила към доболничната помощ и в частния сектор, поради по-адекватността на труда заплащане, както пропорционално, така и в абсолютен размер. За да се пребори с тази тенденция болничния мениджмънт следва да разработи и развие нови модели и стратегии на взаимоотношения във взаимоотношенията с лекарите с цел оставане на болницата като конкурентен субект, спрямо доболничната помощ и частните структури.

4.1.4. Технологии

Възможностите за ефикасност и подобряване на качеството са силно свързани с технологиите също. Събирането на електронни данни,

агрегирането им, съобщаването на информацията свързана със здравеопазването е централна тема при усилията за подобряване на качеството, безопасността, ефикасността и стойността на здравеопазването. Потенциалът на болниците за подобряване на операционната ефикасност чрез автоматизация, съществува в почти всички функции от програмирането до обработването на информацията. Най-често търсените ИТ възможности за настоящото здравеопазване са подобряването, измерването и съобщаването на качеството и безопасността на медицинската услуга; свързването на заплащането на услугата с качеството на изпълнението; отговор на нарасналите потребности от здравеопазване; разширяване на предлаганите услуги за пациента, подобряване на съотношението разход-ефективност и координирането на здравна грижа. Следва да се отбележи че по време на световната и националната кризата – икономиката в рецесия – води до отлагане или спиране на капитални проекти в системата на ИТ, оръзването на бюджетите за ИТ и намаляване на персонала. Но независимо от това повечето мениджъри по света и е нас продължават да поставят ИТ като стратегически императив. В България и в частност в МБАЛ предстои въвеждането на електронна здравна карта, електронно здравно досие, електронна рецепта и така нататък, както и изграждането на единен интерфейс не само към каса, но и към другите ключови участници в процеса.

4.1.5. Планиране на капитала

Разбира се успехът на всяка една значителна инициатива по време на криза относно работната сила, технологиите или интеграцията на лекарите ще зависи от нивото на инвестициите. Ефективното управление на капиталовите инвестиции и риска на портфолиото има повишено значение в сегашните условия на световна и национална икономическа криза и свързаните с това предизвикателства. Става изключително трудно за болниците да финансират проекти свързани с технологиите и помещенията за предоставяне на здравната грижа. Ето защо болшинството от здравните топ мениджъри в това число и болничните, отлагат или преосмислят проектите за обновяване и разширяване на съществуващия сграден фонд.

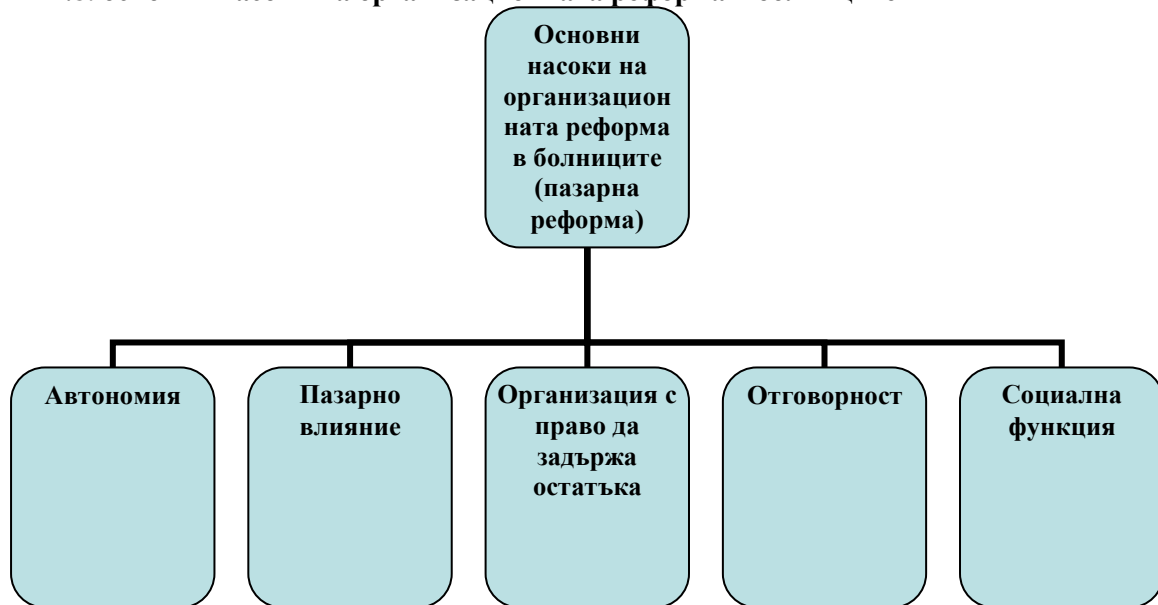
4.2. Структурна (организационна) реформа в болниците

Държавното управление и централизираното ръководство на болничната инфраструктура се свързва с определени недостатъци. Ето защо реформите, които целят въвеждането на разнообразни форми на собственост са насочени към стимулиране на местната инициатива и създаване на условия за конкуренция. Предоставянето на болничната собственост на местната власт се възприема като инструмент за доближаване до потребностите и очакванията на местната общност

(Goldstein et al. 1996). Според Harding и Preker (2001) основните насоки на организационната реформа в болниците (понякога споменато с термина „пазарни реформи.“) (фиг. 8) включват: (1) автономия, (2) пазарно влияние, (3) статут на организация, която има право да задържа остатъка (residual claimant status), (4) отговорност и (5) социални функции. Според тези пет аспекта, организациите могат да бъдат класифицирани като функциониращи между чисто обществената (публична) бюрокрация и пазара.

По отношение на автономията, тя е до толкова колкото всички болници са регистрирани по Търговският закон, като търговски дружества.

Фиг.8. основни насоки на организационната реформа в болниците



Пазарното влияние в България, е трудна достижимо поради единствения основен платец (НЗОК), която заплаща по смесен принцип, тоест дуалистично (по така наречения делегиран бюджет , форма на глобален бюджет, определен на базата на постигнати резултати през предходна година и Клинични пътеки, като тенденцията през 2008, 2009 и особено през 2010 г. е за ограничаване едностранно от НЗОК на база финансиране). До толкова, колкото постигнатите резултати, а именно брой клинични пътеки, изпълнени и заплатени, като основа за глобален бюджет на съответната болница, може да се приеме, че до някъде това определя (въпреки регулацията от НЗОК и МЗ) пазарна влияние. Правото на болниците да задържат остатъка в края на годината, зависи от решенията на собствениците, но съгласно ЗЛЗ (специален или секторен закон), остатък не следва да се формира, тъй като този закон повелява обществените болниците да не са с цел печалба, независимо, че според по-високо стоящият закон –Търговският(основен закон), всички болници са търговски дружества и следва да формират печалба или загуба. Практиката показва, че поради недофинансирането на клиничните пътеки и от там по-

ниският като стойност глобален годишен бюджет, не съобразен със здравните потребности на населението (изключваме, шмекеруването на някои болници със свръх хоспитализация, поради изкривяване на данните), принуждава болниците да трупат дългове, поради свършена, но не заплатена от НЗОК дейност, и тази която е заплатена, е не дофинансирана. Това го дискутираме на друго място в дисертацията.

В страните от ЦИЕ стратегиите за болнично реструктуриране трябва да решат проблема с прекомерния брой легла и неефективността на вторичните и третичните медицински услуги. В тези страни имаше малко на брой или почти не съществуваха институции за едnodневно лечение (хирургия), домове за възрастни, рехабилитационни центрове или системи за домашни грижи, които да обслужват пациенти, нуждаещи се от редовно, неинтензивно лечение. Тези пациенти често оставаха в болниците за дълги периоди от време, което допринасяше за отчитането на продължителен среден престой в болничното заведение. Базовите показатели (например делът болнични легла спрямо броя население) за болничния капацитет в много страни от ЦИЕ показваха завишени нива, т.е. нивата на осигуреност в някои страни бяха с 50% по-високи от тези в Западна Европа (Figueras et al. 2002). Болничните легла са 651 на 100 000 при средно за Европа -564 (Хр. Грива, 2010). Същото се отнася и за факта, че у нас имаме 4.6 болници на 100 000 души население, при средно за ЕС – 3, разбира се следва да се отчете че във Финландия този брой е 6.5. следва де се отбележи също, че у нас броя на леглата в частния сектор е три пъти по нисък в сравнение с Европа, а именно 8.2% срещу 21.1% в ЕС, като средната използваемост у нас за 2009г. е 74% срещу 77% за ЕС, както и регистрираните 24.1 хоспитализации на 100 души, което означава, че всеки четвърти българин е влизал в болница.(Хр. Грива, 2010). Следователно при този изключително висок дял на легла за активно лечение и лекари, решението за подобряване на ефективността цели намаляване на капацитета. Проблемът е, че този процес бе съпътстван от много други извършващи се промени, например разделяне на отговорностите между министерствата и националите здравно осигурителни институции и фрагментация на собствеността (децентрализация към общините и други местни власти).

Според Figueras et al. (2002) процесът за намаляване на броя легла в страните от ЦИЕ е разпокъсан. Освен това концепцията за реструктуриране, която се базира само на закриването на легла е прекалено опростенческа, тъй като не отчита различната роля на болниците в региона, например това, че болниците са все още основния източник на социални грижи. И макар че това едва ли е най-ефективното от гледна точка на разходи лечение, в много от случаи пациентите реално нямат друга алтернатива. Намаляването на броя легла е цел на здравната политика и в Западна Европа, отчитайки промените в характера на заболяемостта и клиничното управление. Реалността обаче показва, че

намаляването на легла е по-лесно, отколкото затварянето на цели болници. Закриването на легла не води до значителни спестявания, тъй като значителна част от болничните разходи са свързани със сградния фонд и другите постоянни разходи. Механизмите, използвани за реструктуриране на болничната система са различни, отчитайки отчасти наличните инструменти в отделните страни. Закриването на лечебни заведения би било желателно в определен етап, но само ако има осигурени алтернативи и по-подходящи лечебни заведения, както и системи за социална подкрепа.

Дори ако политическият процес позволява реалното прилагане на реструктурирането на лечебни заведения, съществен проблем е оценяването на оптималната големина на дадена болница. Трудно е да се определи с точност ефектът на големината на болничната структура върху ефективността ѝ, тъй като болниците, които се различават по големина, се различават често и по географско разположение, вид на приеманите пациенти, услугите, които предоставят и степента на отговорност по отношение на учебния процес (университетски болници), както и други показатели, които рефлектират върху разходите на болницата. Има постигнат консенсус по въпроса за големината на лечебното заведение, т.е. съществени икономии в мащаба (увеличена ефективност) се постигат при големи болници от порядъка на 200 легла. Някои автори дори са на мнение, че икономии и ефективност могат да се постигнат в лечебни заведения с размери до 500 легла (Fuchs, 1998).

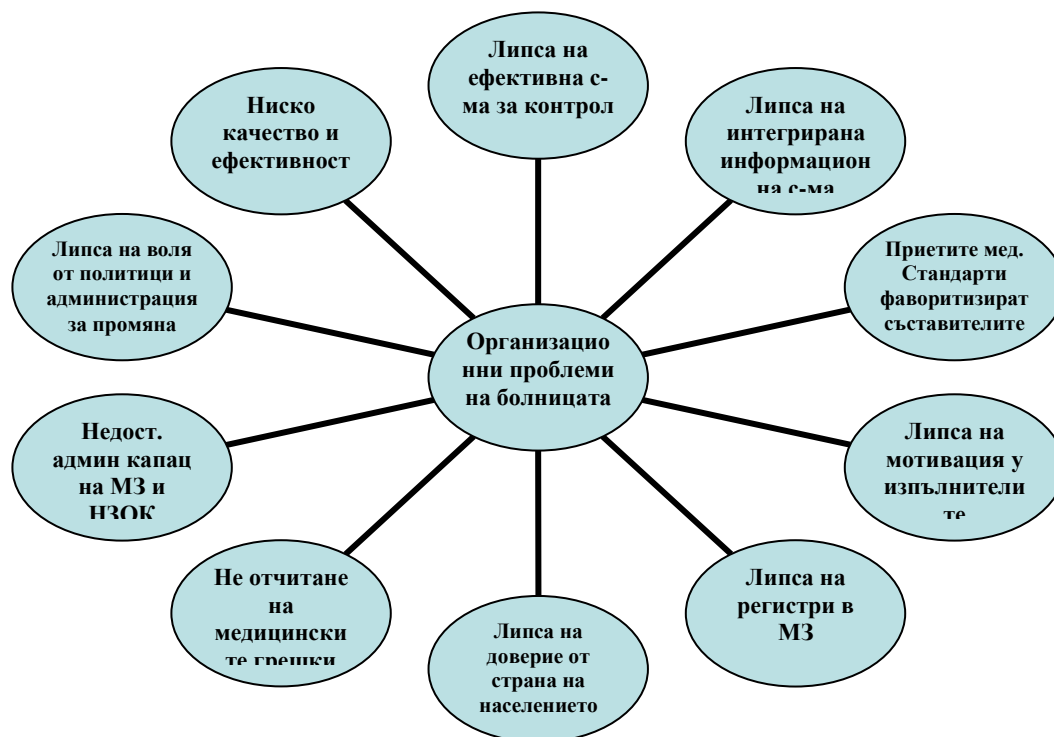
Някои автори подчертават че приватизацията на лечебни заведения, за разлика от други сектори, трябва да се предхожда от намаляване на капацитета. Без намаление на капацитета, целта може да бъде осуетена поради консумация на медицински услуги, предизвикана от свръх предлагане. Опитът на силно и средно развитите страни би могъл да бъде полезен с начина, по който тези страни преодоляват политическия процес и интегрират закриването на легла с подобрения в ефективността. Важно е да се отбележи, че увеличението на броя на лекуваните пациенти, постигнато чрез нови технологии, може да доведе до увеличение на общите разходи, което може да превишава спестеното в резултат на намаляването на броя легла. Подобрението на първичната здравна помощ често води до повишаване броя на болничните направления вместо до намаляване (каквото би било всеобщото схващане) (Walford & Grant 1998).

Приоритетите на започналата в началото на 90-те години здравна реформа в България, която започна бяха дефинирани както следва: създаване на силна първична здравна помощ чрез въвеждане на общопрактикуващи лекари и децентрализация на лечебните заведения. Организационните промени бяха необходими за да се стимулира конкуренцията (целяща подобрене на качеството и ефективността на

лечението), както и да се обезпечи непрекъснатостта на лечението. Промените в демографските характеристики и вида заболяемост също налагат реструктуриране на болничната помощ.

Основните предпоставки за въвеждането на пазарна среда и насърчаване на конкуренцията между медицинските специалисти са: обособяване на изпълнител, купувач и потребител на медицински услуги и въвеждане на договорни взаимоотношения. От 2004 г. автономията на пациента е засилена, чрез гарантиране на свободен избор на специалист и лечебно заведение. Можем да очертаем (Фиг 9) следните проблеми на медицинската практика които все още предстоят да бъдат решени. Липса на интегрирана информационна система.

Фиг. 9. Организационни проблеми на болницата



В процеса на реформа България, както и повечето страни от ЦИЕ, намали броя на болничните легла. Това намаление обаче, не беше достатъчно за да свали делът на болнични легла спрямо броя население до нивата на Европейския съюз. Анализът на българската здравна система, направен от международните институции (МВФ и СБ) и МЗ показва че заетостта на леглата в болниците (най-вече в общинските болници) е ниска, което говори за неефективно използване на капацитета и необходимост от насочване на вниманието към вътрешно реструктуриране на болниците (МЗ, 2004). Броят намалени легла е направен най-вече на списъчни фантомни легла, които съществуваха статистически за получаване на повече средства от бюджета.

В нашето проучване бяха включени 35 публични МБАЛ, както следва: 20 –общински, включително градски, 9 областни и 6 университетски. Опитът да се включи поне една частна не бе успешен може би поради наслагванията от миналото и изкривеното разбиране от страна на частниците, че медицинските и финансовите им резултати са тайна?! Резултатите от нашето проучване показват, че 94.2 % от МБАЛ включени в нашият анализ (33 от общо 35 МБАЛ) са намалили легловия си фонд. От всички МБАЛ, които ни предоставиха данни за процентното намаляване на леглата, средното намаление е 37%. Една пета от МБАЛ (7 от 35) декларираха намаление на болничните легла с 50% или повече. По отношение намалението на броя на персонала, 94.2% от МБАЛ (33 от 35) отчетоха, че са реализирали съкращения. Средно с 22% е намален броят на персонала в 29 от 33 (66.6%) отговорили МБАЛ, които ни декларираха конкретни цифри, а драстичните намаления с 50% или повече са рядкост (4 МБАЛ от 33 или 12.1%). В повечето случаи първо е съкращаван не медицински персонал (технически и административен) и след това, в случай на необходимост, медицински, по възможност пенсиониране и там където е имало 50 и над 50% съкращение е било с реструктуриране и отделяне на доболничната помощ от болничната. Ниският процент от 22 на съкращение е само в чистата болнична помощ на МБАЛ

Разбираемо е, че поради високото ниво на безработица в България и недостига на специалисти (поради проблеми с обучението и миграцията към страни с по-атрактивно заплащане), въпросът с не осигуреността от кадри е социално и политически деликатен. Утежняващ фактор е и липсата на ефективни възможности за преквалификация или условия за социална защита за безработните. За да се реализира целта на съкращението на капацитета, персоналят трябва да работи с повишена интензивност или да бъде пренасочен към извън болничните заведения. Подобно на схемата с намаления леглови фонд, много от съкращенията на персонала са осъществени чрез редуциране на фантомни списъчни длъжности (в някои случаи персоналят е работел едновременно в две различни лечебни заведения) (Ho & Ali-Zade, 2001).

Появата на списък на чакащите е в резултат на съкращенията на персонала и легловия фонд. Около 48% от респондентите в нашето изследване потвърждават наличие на списъци на чакащи (за кратки срокове -максимум 3 месеца). Един от анкетираните от нас болничните директори изразил загриженост, че намалението на броя легла и персонал може да доведе до проблеми с покриването на изискванията за акредитация. Другият деликатен проблем е намирането на съответният брой лекари по дадена специалност, за да се покрят изискванията на стандарта и нивата на компетентност. Основно това засяга малките общински болници и тези в провинцията, но и ние Пета МБАЛ не сме застраховани и се изправихме пред този проблем.

Болниците са изправени пред общите проблеми на обществото:

- демографски проблеми,
- застаряване на населението и миграция,
- промени в структурата на заболяемостта.
- Не атрактивността на професията на медицинска сестра
- Не правилното планиране на нуждите от лекари , сестри, специалисти, без отчитане на външната миграция на тези специалисти
- Липсата на стимули и привлекателност на работните места в здравеопазването в България за ново завършилите лекари
- Абсурда на придобиването на специалност с не ефективната Наредба 34 на МЗ за следдипломното обучение в сферата на здравеопазването.

За да се адаптират към ново възникващите условия, МБАЛ трябва да преустроят структурата си, която да отговаря на обществените изисквания. Необходимо е да се подчертае, че в България няма достатъчен брой легла за продължително лечение (долекуване) и рехабилитация, за хосписи и др., поради липса на обособено финансиране за този вид медицински грижи. В резултат на това долекуването (рехабилитацията) се оказва проблематично и болниците отчитат голям брой приети пациенти (предимно по социални причини). Макар че здравните политици осъзнават проблема, няма достатъчно ясни доказателства, че се вземат необходимите мерки за решаването му. Някои от ключовите партньори изразяват становището, че в бъдеще както болничните холдинги. (големи лечебни заведения осигуряващи интегрирано извънболнично и болнично лечение и долекуване, за съжаление в България през 2009 г. бе ликвидиран единствения медицински холдинг – Столичният медицински холдинг поради факта, че целите, задачите и действията бяха насочени не към здравеопазване) така и други нови организационни форми на лечение могат да предложат решение на проблема. Ето защо е необходимо детайлно проучване на ролята и функциите им. Добър пример в тази насока са болничните холдинги в провинциите на Австрия. Въпреки, че НЗОК в самия край на 2010 г. въведе 3 КП за продължително лечение (долекуване), но не извършва плащания, поради не предвиден бюджет за 2011 г. Наличните 6 КП за рехабилитация са с такъв алгоритъм, и съгласно стандарта по физиотерапия и рехабилитационна медицина, тези пътеки могат да се реализират в пълният обем от 6-те пътеки само в националният център по рехабилитация, като по този начин МБАЛ, нямат финансов стимул да поддържат персонал, тъй като могат да сключат само по 1,2 или максимум 3 пътеки, които не изплащат поддържането на персонал и инвестицията в апаратура. Затова обикновено тези отделения се прехвърлят в дъщерните им дружества за доболнична помощ, с цел запазване на персонал, особено в по-малките общински болници. Големите и много големи областни и университетски, както и Пета МБАЛ

поддържат персонал и апаратура, но компенсират с другите приходи на останалите много отделения.

4.4. Децентрализация

Намалението на капацитета (легла и персонал) е една от предприетите стъпки за постигане на ефективно осигуряване на медицински услуги. Останалите основни елементи на реструктурирането в България са: премахване на регионализацията (система, при която пациентът може да бъде лекуван в лечебно заведение само в областта, в която живее, с изключение на високо специализираното лечение); въвеждане на процес на акредитация на лечебните заведения и опит за радикални промени в собствеността и създаване на автономност. Всички тези инициативи целят постигането на по-голяма децентрализация на болничната система. Според широко възприетите определения, децентрализацията е прехвърляне на властта и отговорностите за общественото планиране, управление и вземане на решения от по-високи към по-ниски нива, т.е. от национално към регионално ниво (Rondinelli, 1981; Collins & Green, 1994; Mills, 1994). Според определението на Световната банка терминът децентрализация се използва, за да се опише широко разнообразие на регламенти за прехвърляне на правомощия и отговорности. Децентрализацията се възприема като политически и административен процес, който носи ползи, стимулирайки предоставянето на по-ефективни и ефикасни медицински услуги (Kolehmainen-Aitken, 1999; Saltman et al. 2003).

Walford и Grant (1998) посочват положителните и отрицателните черти на децентрализацията:

-децентрализираните решения за рационализация прехвърлят политическата отговорност към местните политици, които могат да вземат решения на базата на местните интереси. Резултатите могат да не са най-ефективни или равностойни, но могат да бъдат по-добре приети, тъй като са решения, взети на местно ниво. Местните политици могат обаче да избягват вземането на тежки решения и съответно предоставянето на неефективни и некачествени услуги да продължава. Ето защо е необходима силна централизирана стратегия, независимо дали детайлното планиране за рационализацията е оставено в ръцете на местната власт. Публичните финанси, които се разпределят към регионите, трябва да са свързани с ясни стандарти за качество и равнопоставеност.

-Политическите проблеми могат да се избегнат (а може и да не се избегнат) ако болниците се оставят на въздействието на пазара, но това отнема възможността на правителството да постигне равнопоставеност. Често пъти, един по-управляем процес с ясна политика и стратегия за рационализация би постигнал равнопоставеност, а в дългосрочна перспектива би могъл да се приложи по-лесно на практика. По отношение на болниците децентрализацията е организационна промяна с особено

значение (Aas, 1999). Децентрализацията се възприема като правилна тенденция и като едно от малкото положителни неща. Основното предимство на децентрализацията е, че болниците са търговски дружества. и управителното тяло може да взема решения в зависимост от условията на пазара за медицински услуги в определен регион.. В действителност обаче, болниците не са децентрализирани и са търговски дружества без правата на такива. Причината за подобно становище от страна на болничните може да се търси във факта че МЗ и НЗОК се намесват във вътрешната организация на болниците. В действителност има автономия, но финансирането е централизирано от НЗОК и следователно местната власт бяга от отговорност(с изключение на София град).

4.4. Насърчаване на избора на пациента

Опит за засилване децентрализацията и създаването на конкурентна среда е отмяната на регионализацията и предоставянето на свободен избор на пациента по отношение на лечебните заведения, в които да се лекува. До 2004 г. осигуряването на медицински услуги на българското население се осъществяваше на базата на административно географско райониране. В големите градски области се наблюдаваше силна концентрация на многопрофилни лечебни заведения с дублиращи се функции.(София, Пловдив, Варна)

Освен болниците, подотчетни на МЗ (национални центрове и университетски болници, областните болници), има и такива които се отчитат на регионалната или градската администрация – така наречените градски болници, каквато е и Пета МБАЛ независимо от големият си капацитет и многобройните специалности застъпени в нея. Съществуват и болници, които са на подчинение на други ведомства и институции и обслужват техните работници и служители, например Министерството на отбраната, Министерството на транспорта и Министерство на вътрешните работи. До 2004 г. пациентите бяха насочвани към определени болници от техните лекари от първичната здравна помощ и нямаха избор къде да бъдат лекувани. Много пациенти обаче търсеха начини да заобиколят официалните канали чрез използване на връзки или чрез заплащане, за да бъдат приети за лечение в болниците, за които смятаха, че са на висота по отношение на качеството на лечение (Balabanova & McKee, 2002). Тази ситуация се промени с отмяната на регионализацията през 2004 г., формално позволявайки на пациентите, които имат направление за болнично лечение, да избират лечебно заведение, не само в рамките на района, където живеят, но в цялата страна. Тази инициатива за реформа бе продиктувана от желанието както да се въведе по-голяма конкуренция между изпълнителите на медицински услуги, така и да се подобри качеството на работата им. Идеята е, че свободната конкуренция ще покаже реалната натовареност на лечебните заведения и ще улесни

идентифицирането както на лидерите., така и на тези болници, които работят под нивото на капацитета си. Все още не е направен анализ на влиянието на тази политика, но някои от предвижданите резултати не са постигнати, тъй като пациентите не могат да си позволят да пътуват, за да отидат в болнично заведение по избор в друг район. Вероятно не повече от 10% от населението ще реализира правото си на избор на лечебно заведение, тъй като достъпът на пациентите до болниците е ограничен по финансови причини основно породени от бедността на българите. Ето защо свободният избор едва ли ще има голямо значение за подобряване качеството на лечение за голяма част от населението. Потребителската такса (финансови затруднения) не е бариера за достъпа до лечение, в повечето случаи, а някои все още съществуващи не регламентирани плащания. В някои случаи обявената такса за избор на лекар, особено в АГ болниците, главно в София, също води до ограничаване на достъпа. Липсата на сравнителни данни за качеството на лечение, въпреки акредитацията и опитите на някои частни фирми да направят сравняване (бенчмаркинг) в различните болници е още една причина пациентите да не могат да реализират на практика правото си на свободен (информиран) избор. Независимо обаче от факта , че няма сравнителни таблици за дейността на болниците, лечебните заведения трябва да се конкурират за пациенти и следователно трябва да осъществят структурни реформи, за да бъдат ефективни, да покажат добро качество на лечение и съответно да бъдат атрактивни, не само за региона който обслужват, но и за другите региони.

4.5. Болнична автономност и приватизация

Една от основните характеристики на болничната реформа е радикалната смяна на собствеността. В миналото болниците бяха държавна собственост, които със закона за лечебните заведения, приет през 1999 г. придобиха статут на независими търговски дружества, т.е. дружества с ограничена отговорност, в които държавата или общините имат дялово участие. Някои лечебни заведения остават държавна собственост по стратегически причини: центровете за спешна медицинска помощ разкритите спешни приемни отделения във всички областните и повечето университетски болници), центровете за трансфузионна хематология, психиатричните болници, звената за контрол на заболяванията, специализирани педиатрични центрове и др. Министерствата на отбраната, транспорта и правосъдието запазват собствеността на болниците си. Понастоящем класификацията по ЗЛЗ на болниците е следната:

по функции

- многопрофилни и специализирани,
- за активно лечение и долекуване, продължително лечение и рехабилитация

по географски обхват на обслужвано население .

- районни (общински),
- областни,
- междуобластни
- и национални

Детайлно описание на видовете лечебни заведения по ЗЛЗ сме дали в таблица №3. Мрежата на общественото здравеопазване, по отношение на географското покритие, се планира и регламентира на базата на национални и регионални планове, т.е. здравна карта. Здравната карта се разработва от МЗ и се актуализира на всеки пет години, като се определя броят на различните видове обществени институции в сферата на здравеопазването за всеки регион и община.

Таблица 3: Структура на лечебните заведения според Закона за лечебните заведения

Извънболнична помощ	Болнична помощ	Др. лечебни заведения
<p>1. Амбулатории за първична медицинска помощ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - индивидуална практика за първична медицинска помощ (ПМП); - групова практика за ПМП; <p>2. Амбулатории за специализирана медицинска практика</p> <ul style="list-style-type: none"> - индивидуална практика за специализирана медицинска помощ (СМП); - групова практика за СМП; - медицински център; - дентален център; - медико-стоматологичен център; - диагностично-консултативен център; - самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории 	<ul style="list-style-type: none"> - болница за активно лечение; - болница за долекуване и продължително лечение; - болница за рехабилитация; - болница за долекуване, продължително лечение и рехабилитация <p>Болниците могат да бъдат многопрофилни или специализирани</p> <p>В зависимост от териториалния обхват обслужваното население лечебните на заведения са:</p> <ul style="list-style-type: none"> -районни (общински), -областни -междуобластни -национални и университетски 	<ul style="list-style-type: none"> - център за спешна медицинска помощ; - център за трансфузионна - център за психично здраве - център за кожно-венерични заболявания - комплексен онкологичен център - дом за медико социални грижи; - хоспис; - диализен център - тъканна банка

Общинските болници, в които се намират една четвърт от всички болнични легла осигуряват лечение в следните основни специалности: вътрешна медицина, хирургия, педиатрия, акушерство и гинекология. Някъде като например МБАЛ Полски Тръмбеш имат вместо хирургия, разкрито неврологично отделение, като това не е на база налична повишена заболяемост, а е на база местни интереси и вражди. Друг пример е с болницата в Горна Оряховица, която е 3-тата по големина на капацитет общинска болница (след Пета МБАЛ София и Първа МБАЛ София), където отделението по АГ е по-голямо и с по-добра репутация в района от областна болница във Велико Търново. На областно ниво има 28 болници от общ вид, в които са разположени една трета от общия брой

легла за страната, като някои от тях са и с между-областен обхват. Съществуват още диспансери за онкология, психиатрия, кожни и венерически заболявания и белодробни болести. На национално ниво има пет медицински университета и 19 университетски болници, както и специализирани клиники с национално значение (сърдечно-съдови заболявания, хематология, онкология и др.), вкл. многопрофилната болница за активно лечение и спешна медицина (Пирогов). В страната има общо 306 болници (122 МБАЛ), включително 93 частни.

В България автономията е планирана на три различни нива:

- потребителя (свободен избор);
- на изпълнителя на медицински услуги (административна, финансова и професионална);
- и на финансиращите органи.

Макар законодателството като цяло да гарантира еднакво отношение към обществените (държавни и общински) и частните лечебни заведения, реформата не е постигнала изцяло целта си т.е. лечебните заведения (с относителна самостоятелност) нямат пълната свобода да вземат решения и да управляват средствата си поради непълна или неправилно прилагана законодателна рамка или противоречия между различните закони и правилници, които регламентират болничната помощ. Това показва и традиционния начин, по който болниците все още са възприемани - по-скоро като административни, отколкото като управленски структури с пълни отговорности.

При анализ на стъпките към децентрализация и организационни промени в болничната структура трябва да се вземе под внимание и дали лечебното заведение е способно да се самоуправлява и да участва в процеса на вземане на решения в сферата на здравеопазването. Тук мненията се раздвояват в общността на болничните директори и лицата вземащи решения, по отношение на това, дали решенията в болничната помощ трябва да се вземат само от управленското тяло на конкретното лечебно заведение., т.е. дали управителите трябва да имат пълната отговорност или в процеса на вземане на решения трябва да бъдат включени други институции, което е показателно, че част болничните управители не желаят или не могат да поемат пълна отговорност за организационните промени, вероятно поради липса на капацитет или нежелание да поемат изцяло отговорността върху себе си при положение, че нямат достатъчно свобода за цялостното управление на лечебните заведения. От друга страна, болниците могат сами да си определят структурата и при нужда да съкращават персонал, това на малко места е факт но, на повечето места е зависимо от собственика. Например болницата в Сливница от МБАЛ през болница за долекуване , продължително лечение и рехабилитация, до закриването ѝ през 2008 година и оставането само на медицински център, поради липса на лекари,

не подпомагане от страна на общината и поради дългове. За дългове бе закрита и болницата в Радомир. В повечето населени места по време на криза общинската болница остава като остров на място за работа и в повечето случаи се явява голям работодател в съответния регион и със значима социална функция и всяко реструктуриране е свързано освен с обективните предпоставки за това, то и с местните отношения в обществото.

Общата тенденция за приватизация на обществените предприятия може да повлияе и върху социалната сфера, т.е. да се предприеме приватизация на държавните социални услуги. В началните години на прехода се говореше много активно за приватизация на лечебните заведения и макар някои медицински услуги да бяха бързо приватизирани (като стоматология, аптеки и санаториуми), приватизацията на поликлиниките беше ограничена до няколко лечебни заведения в градските райони. Приватизацията на държавните болници не е осъществена. Правителството одобри списък на лечебни заведения, които не могат да бъдат обект на приватизация. Процесът на разширяване на приватизацията към болничния сектор е спрял през втората половина на 2001 г. и едва напоследък дебатът е отново подновен. Заговори се за концесиониране, дори се записа в още не приетата и одобрена от МС и Парламент, нова стратегия в здравеопазването. Освен това, процесът е много бавен поради забавяне на приемането на промени в законодателната рамка. Макар да съществуват няколко проекта за промени и поправки на закона за лечебните заведения, насочени към процеса на приватизация, политиците в сферата на здравеопазването реално още не са пристъпили към промени. Поддръжниците на приватизацията отстояват позициите, че приватизацията би имала положителен ефект по отношение на капитала, инвестициите и оборудването. Липсата на яснота обаче по въпроса кой и как ще поддържа собствеността се отчита като недостатък и се изтъкват друг основен момент, необходим за осъществяването ѝ, а именно, че докато не се изяснят финансовите потоци, (независимо от финансирането само от НЗОК от 2007г. насам), приватизацията сама по себе си няма да реши проблема на общинските болници.

Опонентите, изтъкват, че не можем да говорим за приватизация и бизнес-ориентирани медицински грижи, когато се касае за социална защита, т.е. здравеопазване и предлагат концесиониране на медицинските грижи., като алтернатива на приватизацията и като решение на част от свързаните въпроси с това. Общо е обаче мнението, че не е необходимо да се прави 100% приватизация на болничната помощ.. След трансформацията на болниците в търговски дружества (по закона за лечебните заведения, 1999) болничните управители поеха пълната отговорност за успехите и провалите на поверената им институция. В България обаче много болници натрупаха дългове към снабдителите си,

което в комбинация с липсата на инвестиции в сгради и оборудване и недостатъчната поддръжка ги прави, слабо атрактивни за частните инвеститори, независимо от усилията на вече няколко правителства да покриват изцяло дълговете на болниците със 100% държавна собственост и в голямата им част при болниците с над 51% държавно участие, без да се интересуват от общинските болници. Фактически до момента няма фалирала болница с над 51% държавно участие, а напротив обратното е факт- диспансера по белодробни болести в Пловдив, МБАЛ Радомир, МБАЛ Сливница и др.

Дори като автономни и частни единици, болниците не работят изолирано.

Взаимодействието с първичната медицинска помощ и продължителното лечение са от изключително важно значение. Figueras et al (2002) подчертава, че преместването на границите между първичната и болничната помощ е ключ към успеха на здравната реформа. Необходимо е да се определи точно как и кога пациентите са приети в болница и как и кога ще бъдат изписани. Има ясни доказателства, че много пациенти са приемани в болница, въпреки че могат да бъдат много по-добре обслужени и лекувани в извънболнична среда. Има и случаи на пациенти, които вместо да бъдат изписани след като вече е приключило лечението им, са задържани в болничното заведение по ред причини поради причини за използваемостта по социални причини и др.

4.6. Човешки ресурси

Докато в миналото се отчиташе пренасищане от медицински специалисти, в момента се наблюдава недостиг. Персоналът също така не винаги е обучен и запознат с новите организационни и административни изисквания. Заплащането на персонала все още се счита за ниско, макар някои от ключовите участници в здравно политическия процес да смятат, че чрез реформата възнагражденията на лекарите са значително нараснали. Извикванията по отношение нивото на персонала и оборудването се възприемат като доста високи, пред вид недостига на инвестиции и слабата поддръжка. Много лечебни заведения не могат да си позволят да плащат на персонал, необходим за предоставяне на услугите, което означава че пациентите са насочвани към по-големи и отдалечени лечебни заведения. В болничните бюджети няма средства за обучение на персонала. Чувства се дефицит в области като икономика и мениджмънт, както и по въпросите на финансиране на здравеопазването, разпределение на ресурсите, системата на Диагностично свързаните групи (чието въвеждане се планира). В началото на прехода се стигаше и до абсурда лекари да не се обучават, а да работят като таксиметрови шофьори, за да преживяват, което за щастие се промени. Липсата на адекватно обучени човешки ресурси може да затрудни вътрешното реструктуриране и автономното функциониране на

болниците. Според много болнични управители, част от медицинския персонал не е обучен по новите изисквания за лечение и мениджмънт на пациента. Негатив е липсата на цялостна и добре финансирана политика по отношение на човешките ресурси, която да отчита потребностите на клиничния и управленския персонал в първичната и болничната помощ. След 10 или 15 години няма да има медицински специалисти, тъй като въпросът с човешките ресурси не се дискутира от политиците, които измислят стратегията за здравната реформа и след приемането ни за член на ЕС, започна изтичането на сестри и акушерки, въпреки затворените пазари на повечето страни членки. Това започва да се случва и с лекарите, особено с по-младите, квалифицирани с придобитата специалност и владеещи чужд език и тази тенденция, ще се засилва със взаимното признаване на дипломи в ЕС по общата Директива на ЕС от 2005г за регулираните професии. През 2010г. 82.4% от завършилите випуск 2010 лекари към МУ София са отговорили в анкетата на университета че ще заминат за чужбина, като изтъкнатите причини са че тук в България няма развитие - ниска заплата, абсурдна Наредба 34 на МЗ за следдипломно обучение на медицинските специалисти, както и обявените много малко брой места финансирани от държавата, въпреки острата нужда от определени специалисти, също така и абсурдното заплащане по горещитираната наредба, разпореждаща, че специализантите държавна поръчка не могат да получават заплата, дори и ако са успели да убедят работодателя да започнат работа по специалността.

4.7. Акредитация и нива на компетентност

През последното десетилетие здравните системи на много страни се реформираха по отношение на организация и форми на администрация. Здравните системи, които се основаваха на доверие в специалиста, се доближиха много повече до друг вид организация, услуги и индустрия, включително частната индустрия. Ето защо стандартите на лечение станаха важни не само за местните управленци и политически институции, но и за пациентите, които все по-често се възприемат като клиенти. Процесът на акредитация е един обективен метод за удостоверяване статута на изпълнителите на медицински услуги и в каква степен те работят в съответствие с приетите стандарти (Shaw, 2004). Процесът на акредитация в България започна през 2003 г., макар че законодателната рамка бе приета още през 2000 г. и актуализирана през 2003 г. (МЗ, 2000 и 2003). Акредитацията се счита от повечето ключови участници в здравеопазването, като един от основните елементи на болничната реформа, особено като се има пред вид, че в страната липсва опит по отношение болнични (клинични) одити или провеждането на независима оценка на качеството. Акредитационният процес има 2 етапа: самооценка и външна (от МЗ) оценка на болниците. Първата получена акредитация е с

валидност от една до пет години в зависимост от събраните точки, т.е. онези лечебни заведения, които са получили ниски резултати трябва да минат през акредитационна процедура по-скоро. Междувременно е възможно, по решение на лечебното заведение, да се започне нова процедура по акредитация. Процедурата се заплаща от лечебното заведение, отнема 4-5 дни и се прави от екип акредитатори (до 7 човека). В България акредитацията е механизъм за гарантиране на качество. Получаването на акредитационна оценка е задължително и цели да се оцени нивото на качество на дадената болница. Едно от малкото изключение като добра практика са центровете за асистирана репродукция, които съгласно съответния стандарт за асистирана репродукция и Наредба 28 на МЗ относно реда за финансиране на до три опита от страна на държавата, чрез фонд асистирана репродукция към МЗ, изискването за договор е да има акредитация по-висока от добра оценка за 3 години. Подобно изключение е и факта че въпреки, че акредитацията от 2011 вече не е задължителна, то оценката за цялостна дейност трябва да е по висока от добра за срок от 3 години, ако съответното лечебно заведение желае да обучава студенти, специализанти. Няма обаче пряка връзка между акредитацията и системата на заплащане, т.е. няма нито санкции, нито бонуси, свързани с резултатите от акредитационния процес. Акредитационния процес завършва с връчването на сертификати издаден от министъра на здравеопазването на всички болници преминали акредитация. Участниците в здравно-политическия процес считат за успех обучението над 600 човека (с различно образование - медицина, право и др.), които извършиха първата акредитационната процедура и извършват сега втората в разширения обсег на лечебни заведения, подлежащи на акредитационна оценка.. Друг положителен аспект на процеса на акредитация е, че болниците приведоха документацията си в ред и бяха разработени насоки за оценка на качеството. По-голямата част от болничните директори и болнични бордове, считат, че акредитацията е полезна за качеството на лечение и за пръв път имаше обективна процедура за оценка на качеството.. В резултат на процеса на акредитация, някои болници си направиха вътрешно преструктуриране. Негативите, с които се свързва акредитацията касаят тежката бюрокрация и обективността на процеса, т.е. акредитацията не е достатъчно обективна, тя е по скоро инвентаризация на болниците. Все още изискванията са високи и не отговарят на капацитета на малките болници, а има и области, които не са специфицирани, а има разкрити лечебни заведения (например репродуктивно здраве и ин витро методите), оценка е изключително затруднена и изисква голям опит от страна на акредитаторите, включително и в тази цитирана тясна, но важна област. Макар, че като цяло моделът е добре приет процедурата е прекалено сложна и субективна наредбата трябва изцяло да се промени. През 2010г. Наредба 18 бе п

променена и голяма част от проблемите по горе бяха решени. Акредитацията стана доброволна, а те административно наложена, както бе преди, като по този начин мениджмънта на съответното лечебно заведение, които се опасяват че не отговорят изцяло на изискванията или пък не са запознати в детайли с процеса на акредитация имат възможност да не се възползват от нея или пък по-лошо, при добро познаване на процеса са наясно, че акредитацията ще открие какво там са приспособили за да отговорят на съответното ниво изисквано от МЗ и НЗОК. Широко разпространено е мнението, че акредитацията трябва да се провежда от независима агенция (а не МЗ или структура на МЗ) и да има ползи за тези лечебни заведения, които преминават през акредитационен процес. Процесът на определяне на нива на компетентност, бе въведен в края на 2010г, след като се приеха почти всички стандарти по отделните медицински специалности или пък се актуализираха съществуващите такива като и при двата случая се включиха членове определящи ниво на компетентност съобразно персонал, квалификация, доказан опит за хирургичните специалности, апаратура, както за отделението, така и за цялата болница. Отчитайки, че някои неща се невъзможни, като например микробиологични лаборатории, отделения по клинична патология, определени изисквания за допълнителна квалификация при хирурзите (брой с горна и долна ендоскопия), като тези изисквания влизат в сила след 2012 година, за разлика от всичко останало, влизащо в сила от публикуването в държавен вестник. След това съответните болници заявиха нивата на отделенията си, РЗИ извършиха проверка на това и съгласно изискването на Наредба 49 на - за устройството и дейността на болниците и домовете за медико социални дейности. Тогава съответната болница през декември 2010г и януари 2011г. подава заявление до МЗ за получаване на Разрешително за дейност от министъра на здравеопазването, с определени от него специалности, отделения и нива на компетентност Пета МБАЛ мина също през тази процедура и получихме нашето разрешително за дейност с III ниво на компетентност и само две лаборатории с II ниво, през януари 2011г и сключихме договор с НЗОК. Тези които не успяха не сключиха договор с НЗОК и така се стигна до затваряне на болници (малки общински например Радомир, Полски Тръмбеш, и др.)

4.8. Реформиране на системата на финансиране на болниците

В международен план реформата на финансирането и заплащането на обществените болници цели да се подобри продуктивността, ефективността и отговорността към потребителите. Реформите в системите на заплащане обикновено включват затягане на връзката между разпределението на ресурсите и предоставянето на специфични услуги, например ретроспективно заплащане на база такса за услуга,

заплащане на леглоден или на база болничен случай. Някои опити да се насърчи ефективността включват и прехвърляне на риска за разходите върху изпълнителите на медицински услуги чрез плащания на база глава от населението (капитация) или проспективни глобални бюджети (Mossialos et al., 2002). По време на ерата Семашко разпределението на ресурсите за болничната помощ се базираха на принципа на исторически (често не осъвременени) стандарти, които се определяха от броя и вида на болничните легла и специалисти и не позволяваха регионално преразпределение. Болничните бюджети се базираха на финансиране на входа, което насърчаваше разрастването на капацитета. Болничните бюджети бяха организирани в непроменливи категории, които не позволяваха прехвърляне на средства между отделните разходни пера. Ниските заплати в здравния сектор, в съчетание с липсата на механизми за свързване на заплащането с извършената дейност, доведе до разпространение на неформални плащания (под масата). В тази система потребителите нямаха право на глас или механизми за компенсация (Healy & McKee, 2001). В доклада на Matthies et al (2002) бяха очертани някои от острите проблеми на финансирането на болничната помощ (Фиг. 10).

Фиг. 10. Проблеми на финансирането на болничната помощ



След въвеждането на задължителното здравно осигуряване в България през 1999 г. и промените при разпределението на бюджетните субсидии (в 2004 и 2005 г.), болниците се финансираха от няколко източника. След 2006 г. болниците се финансират само от НЗОК за медицинска дейност източници на приходи са :

- НЗОК финансови трансфери (основно от 2006г. насам) по клинични пътеки.
- бюджетни субсидии за обществените болници, разпределяни от МЗ по методиките за финансиране за интензивните отделения, за спешни пациенти преминали през лечебното заведение за болнична помощ но не хоспитализирани, диализа (от април 2011 г. делегирана отговорност към болниците, където се извършва тя като разходите се заплащат от МЗ в размер на 141лв за всичко, същото се отнася и за онкологичните лекарства, които се прехвърлиха от МЗ на съответните болници до окончателното прехвърляне към НЗОК, ТЕЛК, психиатрична помощ, СПИН и ТБК.
- частни осигурителни фондове;(изключително малко с изключение на собствените лечебни заведения на доброволните здравноосигурителни фондове)
- потребителски такси от пациенти
- дарения
- други приходи от други дейности

Основните промени във финансирането на болниците са:

- а) заплащане на болничната помощ в обществените лечебни заведения по определени цени за клинична пътека, на база лекуван пациент
- б) премахване на регионализацията, с цел пациентът да има право на избор на болница;
- в) във връзка със заплащането на персонала -директно свързване на наличните ресурси в отделните болници с финансовата им ситуация.

Целта на въвеждането на нов метод на финансиране е да се трансформира предишната система на заплащане на база структура (персонал и брой легла), която не отчиташе нарасналото движение на пациентите между болниците. Друга цел е да се даде възможност на управленското тяло на болниците да взема независими решения и да използва по-ефективно ресурсите и при възможност да определи броя персонал и нивата на заплатите в независимите лечебни заведения на базата на реалните потребностите, а не според централно установени нормативи. Друга причина за нововъведенията е необходимостта от по-ефективен контрол и по-прозрачни финансови потоци, идващи от различните източници (НЗОК, МЗ, общините, МО, МВР, транспортното министерство, доброволните осигурителни фондове и директните плащания от пациентите). Данните показани в Таблица № 4 по-долу показват, че като процент от БВП на разходите за здравеопазване намаляват, но като абсолютна стойност не се увеличават значително, но въпреки това не покриват ръстът на разходите в лечебните заведения ,както по отношение на персонала, така също по отношение на нарастването на цените на лекарства и консумативи и най вече от въвеждането на новите технологии. Също така е видно, че относителният

дял на разходите от държавното управление от общите разходи за болници намалява , като в същото време разходите за болниците от НЗОК (част от държавното управление) се увеличават. Разходите на домакинствата за здравеопазване също нарастват като процент.

Таблица 4 Разходи за болници по основни финансиращи източници за периода 2003-2008г. НСИ 2011г.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Общи разходи за здравеопазване	1 697 681	1 769 112	2 008 604	2 022 530	2 373 322	2 830 812
% от БВП	4.8%	4.6%	4.7%	4.2%	4.2%	4.2%
НЗОК	777 039	881 634	1 069 408	1 317 526	1 459 195	1 696 318
Текущи разходи за болници общо	967 100	1 063 600	1 307 490	1 340 790	1 528 470	1 875 430
от държавно управление	891 760	950 301	1 144 990	1 129 800	1 292 620	1 567 690
В т. ч. НЗОК и НОИ	221 730	334 310	504 160	728 670	879 580	1 023 450
В т. ч. От домакинства	75 330	111 140	161 020	209 490	234 870	306 310
Относителен дял на разходите на държавно управление от общите текущи разходи за болници %	92.2%	89.3%	87.6%	84.3%	84.6%	83.6%
В т. ч. НЗОК %	22.9%	31.4%	38.6%	54.3%	57.5%	54.6%
Относителен дял на разходите на домакинства от общите текущи разходи за болници %	7.8%	10.4%	12.3%	15.6%	15.4%	16.3%

В резултат на последователно провежданата политика за преразпределение на разходните отговорности между преките субсидии от Държавния бюджет и финансирането на дейности от Националната здравноосигурителна каса, се постигна съществено реструктуриране на ресурсите и формите на тяхното разпределение.

По статистически данни за 2009 г. в Р. България има 306 болници (305 за 2008г.) с 45 906 (45 353 легла за 2008г.) срещу 262 болници с 45 537 легла за 2005 г.), като публични МБАЛ са 122 с 27 779 легла (123 болници с 27 697 легла за 2008 г.) и 93 частни болници с 4 135 легла срещу 85 частни болници с 4 053 легла за 2008 г. От представените данни е ясно видимо нарастването на броя на болниците и общия брой легла, като се наблюдава, че МБАЛ като брой намалят с 1 в сравнение с 2008 г. и в същото време има леко увеличение на броя на леглата. Частните болници се увеличават като брой и легла, но все още процента им е 9%, спрямо средния за Европа 21.1%.

Таблица 5 Разходи на НЗОК за здравноосигурителни плащания за болнична помощ

млн. лв.

Год/разход	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Общо НЗОК	755	865	1040	1353	1420	1500	2071	1689.4
Болнична помощ	213	327	491	729	794	827	931.4	708.9

Данните включва и оперативния резерв на НЗОК без 2010 година. От тях е видно рязкото намаление на плащанията за извършена болнична помощ, като за първи път се въвежда и понятието делегиран бюджет по тримесечия.

През 1993 година в системата на общественото здравеопазване на Р България за целите на статистическата отчетност бе разработена и въведена „Единна методика за разделно отчитане на разходите в здравните заведения по видове разходи и типове заведения”, която първоначално обхващаше областните и общински лечебни заведения за болнична помощ. От 1997 година Методиката за разделно отчитане на разходите е регламентирана със заповед № РД-09-194 на министъра на здравеопазването на Р България с цел подобряване на анализа и контрола на икономическите процеси в здравеопазването. С тази заповед се разширява обхватът на действие на Методиката, като се включват всички лечебни заведения за болнична помощ в системата на общественото здравеопазване, с изключение на частните.

Методиката позволява детайлното разпределение на годишните разходи на лечебните заведения по видове разходи – по-рано това бяха бюджетните параграфи, а след преобразуването на лечебните заведения в търговски дружества – счетоводни сметки, във всяко отделение на болничните лечебни заведения и приемно-консултативните блокове (кабинети) към тях.

На базата на проектирани от Националния център по здравна информация (НЦЗИ) форми лечебните заведения подават в регионалните центрове по здравеопазване (РЦЗ) годишни отчети за приходите, разходите и извършената дейност. РЦЗ изпращат в Националния център за здравна информация тази информация, където тя се обобщава и се изчисляват определените като основни икономически показатели за дейността на лечебните заведения – а именно:

- Среден разход на един преминал болен
- Среден разход на едно болнично легло
- Среден разход на един реализиран леглоден
- Среден разход за лекарства в един леглоден
- Среден разход за храна в един леглоден

Тези показатели отразяват съотношението на извършените от лечебните заведения разходи към постигнатите резултати от дейността (преминали болни, реализирани леглодни и т.н), използват се за оценка на икономическата ефективност на дейността на лечебните заведения и се

изчисляват както за всяко отделение в лечебното заведение, така и общо за лечебното заведение. За съжаление тази информация е налично но се предоставя само при нарочно поискване.

Съществуването на плуралистична система с множество източници на финансиране обаче не води до увеличаване на общия дял на разходите за здравеопазване. Същото се отнася и за финансирането основно само от един източник – НЗОК, както е в момента. И при двата модела финансирането е в рамките на 60-70% от необходимото, което генерира задлъжнялост. Няма система в момента, а липсва и желание основно, не толкова нормативна база, собствениците на публичните основно лечебни заведения, да отделят средства ежегодно за капиталови разходи и внедряване на високи технологии в лечението и обновяване на апаратурата. Малко изключение тук е Столичният Общински съвет и Столична община които финансират тези дейности в рамките на съответният годишен бюджет. Липсва и инициатива от страна на собствениците на публични лечебни заведения, да определят стимули за привличане и задържане на качествени и високо специализирани професионалисти в съответното лечебно заведение и особено в отдалечените и рискови райони на страната. Относно университетските болници и болниците определени за база за специализация, (каквато е и Пета МБАЛ) следва да се предвидят средства от МОН и МЗ респективно за допълнително стимулиране на преподавателския и обучаващ състав. Същото се отнася и за допълнително финансиране от страна на МТСП за социалната дейност, изпълнявана в момента от много МБАЛ, а в бъдеще изпълнявано от болница за долекувани и продължителен престой, хоспис и още по-далече домашен стационар след активното болнично лечение (като термина следва да се изчисти от негативното натоварване от близкото минало, където нещата бяха съвсем други и в друг аспект). Това е нов вид услуга с цел доближаване на болничната дейност до дома на пациента. В Европа и САЩ, скандинавските страни имат както положителен опит, така и негативен такъв.

4.9. Критична оценка на клиничните пътеки на НЗОК

НЗОК въведе от втората половина на 2001 г. с помощта на австралийският консултант Джон Хиндъл метод за финансиране на болничното лечение и начин за измерване на извършената медицинска дейност (на база болничен случай лекуван пациент) по т.нар. клинични пътеки., и определи цени за всяка от тях. Остойносттаването се извърши през 2002 и 2003 г. от експерти на НЗОК, чрез определяне на необходимите ресурси за лечението на пациента на основата на най-добрата практика, определена от експерти в съответната медицинска област и описана под формата на клинична пътека. При остойносттаването през 2002, 2003 и 2004 г. структурата на болничните разходи бе на базата на отчетните форми за разделно отчитане по икономически елементи за

всяка една болница и диспансери с легла. Прие се, че включените във всяка една КП процедури, манипулации и интервенции имат сходни разходи, или пациентите преминаващи по определена КП са с диагнози със сходна характеристика и следователно изискват сходни разходи. В НРД за 2001 г. бяха определени за финансиране 30 клинични пътеки, обхващащи 158 диагнози, за 2002 г. клиничните пътеки бяха увеличени на 40, а през 2003 г. - на 81, обхващащи 1500 диагнози, през 2007 достигнаха 299, които с малки промени останаха и до 2011 г. От въвеждането здравно осигуряване, броят на болниците и диспансерите, сключили договор с НЗОК и финансирани на базата на клинични пътеки се е увеличил от 148 през 2001 г. на 258 през 2003 г до всички регистрирани през 2006 и 2007 г. През 2007 г. в Закона за бюджета на НЗОК (ЗБНЗОК) се поставиха основите на нормативно определеното задължение НЗОК да определя годишната обща стойност на извършената от изпълнителите на болнична помощ дейност. Съответно тази стойност се разпределя по месеци, с опцията, че при надвишаване на определената месечна стойност се допуска заплащане на само до 10% превишение за дадена болница, но в рамките на законово установени стойности за НЗОК. Това бе и основата за второто направление на заплащане чрез глобален бюджет. През следващата 2008 г. отново с ЗБНЗОК се въведе изискването НЗОК да определя общата стойност за всяка РЗОК, тя пък от своя страна определя за конкретните болнични заведения. Това се прави и по месеци, както и годишно, чрез съответните правила приети от Надзорния съвет на касата. През 2010 г. се въведе от месец август делегиран бюджет едностранно от страна на НЗОК на база свое Решение да не се заплащат разходите на лечебните заведения на определените стойности или делегирани бюджети, което вече е чист израз на „нов” според НЗОК смесен вид финансиране - бюджетно (глобален бюджет) и заплащане на отделният преминал случай по цената на съответната клинична пътека, като общия или глобален бюджет не може да се надхвърля. Това доведе незабавно до натрупване на дългове от страна на болниците, поради не включване на такова намаление в бюджетите на всяка болница за 2010 г.

Постоянно се увеличава броят на пациенти, лечението на които се заплаща на базата на новите финансови подходи. Причина за този ръст е, че след 2006 г. всички лечебни заведения за болнична помощ се стремят и сключват договори с НЗОК, както и увеличеният обхват на диагнози, заплащан от осигурителя. Най-голям брой пациенти, чието лечение е финансирано от осигурителния фонд, се отчита в големите градове и местата с университетски болници. Според оценяващи здравната реформа експерти на МЗ и НЗОК, клиничните пътеки се оказват подходящ инструмент за договаряне на лечебната дейност; за подобрене на качеството и контрола по предоставяне на лечението на базата на

сключените договори. Специфичните положителни ефекти за болничната помощ са:

- Финансирането е свързано с извършваната клинична дейност; парите следват пациента.

- Създаване на национални насоки за стандартизирано лечение (на базата на най-добрата практика) и възможности за оценка на качеството на лечение. Има някои индикации, че клиничните пътеки имат положително влияние върху ключови показатели за качеството на болничната помощ, но е необходим по-детайлен анализ и контрол, като се отчитат клиничните стандарти и общият статут на болницата. Има и по-добри стимули за изпълнителите на медицински услуги да подобрят качеството на лечение, като например по-високо заплащане на болничен случай; както и възможност за използване на не по-малко от 40% от средствата, получени по клинични пътеки, за заплати на персонала и допълнително материално стимулиране.

- Наблюдава се подобряване достъпа на осигурените до по-голям брой лечебни заведения, тъй като НЗОК има възможност да сключва договори не само с болници за активно лечение, но също и с лечебни заведения за рехабилитация, диспансери, както и частни заведения. Увеличеният брой диагнози, финансиран от НЗОК и премахването на формалните ограничения при договарянето на обема на услугите, предоставяни от болниците, дава възможност да се отговори на потребностите на осигурените. Наблюдава се постоянна тенденция към увеличаване използваемостта на болничната помощ;

- Подобряване ефикасността на лечение;
- Установяване на процедури за административно отчитане и поддържане на акуратни архиви
- Стимули за подобряване квалификацията на клиничния персонал;
- Увеличение броя на болниците с различно дялово участие, които сключват договори с НЗОК за специфични клинични пътеки (през 2006 г. над 40 частни болници имат договори с НЗОК, вкл. тези които са собственост на индустриални или други организации). Използването на клиничните пътеки обаче като инструмент за закупуване и финансиране на болничната помощ в България има редица проблеми.

- За тези диагнози, за които процедурите, количеството, времето и очаквания резултат могат да бъдат прецизно описани, клиничните пътеки могат да бъдат използвани и да бъдат остойностени. Съществуват обаче условия, при които изборът на лечение е различен според индивидуалните условия на пациента и използването на стандартизирани клинични пътеки като база за остойностяване и финансиране на услугите не е най-подходящо. Клиничните пътеки изискват предварително да се определят разходите за всяка диагностична и лечебна дейност, включена в отделната пътека. В случай на отклонение от тези дейности по време на лечението на

пациента, реалните разходи ще се различават от предварителните. Това може да доведе до увеличение на финансовия риск както за изпълнителите на медицински услуги, така и за купувачите на медицинска помощ (НЗОК).

- Клиничните пътеки не отразяват в пълна степен реалните разходи на болницата, които са необходими за лечението по различните диагнози, включени в пътеките. Пациентите се лекуват по определена пътека, в зависимост от основната диагноза и процедури, без да се отчитат други фактори като усложнения, пол, възраст, състояние при изписване, които биха могли да имат влияние върху необходимите ресурси за лечение. Договореното заплащане на база болничен случай не е ограничено (т.е. няма лимит на броя на случаите които да бъдат лекувани). Следователно, заплащането на база болничен случай, на основата на клиничните пътеки подценява реалните разходи за лечение на пациент с определена диагноза. Това е финансов недостатък, особено за болниците за активно лечение, които са вероятно най-силно изложени на опасността от големи дефицити.

- Друга група проблеми касае природата на клиничните пътеки. Тъй като плащането от НЗОК е на база лекуван болничен случай, клиничните пътеки стимулират персонала на болниците да увеличава обема на лечение, финансирано в рамките на всяка пътека. Това води до тенденция към увеличаване на случаите, финансирани чрез клинични пътеки, много над очаквания обем предвидян на базата на данни за предишни години. Например, пациентите със заболявания, които не се плащат по клинични пътеки, се хоспитализират и лечението им се отчита чрез някоя съществуваща клинична пътека. Това води до изкривяване на статистическата информация във връзка със заболяемост и хоспитализация, което от своя страна води до затруднения с разпределението на ресурсите между болниците на базата на извършена дейност.

- Болниците нямат стимули да извършват общо лечение на пациенти поради факта, че само водещата диагноза без допълнителните заболявания се финансира в рамките на клиничните пътеки. Честа практика е болниците да приемат пациента няколко пъти за кратки периоди от време в различни клинични пътеки, което изкуствено увеличава броя хоспитализации, неефективното използване на ресурсите за болнична помощ и нарастване на разходите на НЗОК.

- Друга практика, с негативни за ефективността на разходите ефекти е високата хоспитализация на пациенти и класифицирането им в категории заболявания, които са по-високо заплатени от НЗОК.

- Клиничните пътеки, използвани в момента не са нагодени към разходите на различните видове болници и съответно не позволяват сравнения на ефективността, нито могат да бъдат използвани като инструмент за общото управление на болничната помощ.

- Има противоречие между малките (общински) и големите (университетски) болници. Според персонала на университетските болници, малките болници лекуват пациентите със старите технологии, с които разполагат и ги задържат, така че пациентите не търсят по-специализирана помощ (например предлагат им операция при наличие на камъни в бъбреците, вместо неинвазивна хирургия). Плащането от НЗОК не отчита различия в качеството на лечение и използваните технологии. Големите болници се аргументират с факта, че техния персонал лекува повече на брой случаи и следователно има повече опит и трябва да получава по-високо заплащане.

- Има принципни различия между финансирането по клинични пътеки на НЗОК и метода за заплащане, въведен от МЗ през 2004 г. и съществуващ и през 2005г., при който са определени групи заболявания и средните им цени, от части на базата на реални разходи. Клиничните пътеки водят до по-висок доход и плащанията по някои видове пътеки са близо до реалните разходи за медицински услуги, докато въведеният от МЗ метод на заплащане се базира на процент (дял) от средните разходи, които не включват амортизационни отчисления. Всяка болница на практика има два вида паралелни финансови потоци (от НЗОК и от МЗ), свързани с различни класификации на заболяванията, което затруднява вътрешното болнично управление и пречи на националното макроикономическо отчитане и анализ за състоянието на болничната помощ. Финансирането по клинични пътеки се възприема по-добре, тъй като дава възможности за бонуси (за персонала), а и средствата от МЗ често се получават с известно закъснение. Клиничните пътеки са инструмент за стандартизация на клиничните дейности на болниците, но не са подходящи за отчитане на дейност и заплащане за предоставената помощ. Тези пътеки са уникален български принос те никога не са били използвани като механизъм за заплащане, а като средство за оценка на качеството на болничната помощ. Тази адаптация и използването им извън контекста, за който са създадени, води до деформации. Реакцията, която се наблюдава у болничните директори е в резултат на факта, че пътеките не са инструмент за определяне на реалните болнични разходи и разпределяне на ресурсите според реални потребности. През 1992-1993 г. започна дискусиата за реформата във финансирането на здравеопазването и системите на заплащане за болнично лечение. Здравните политици разработиха редица предложения, вкл. евентуалното въвеждане на Диагностично свързаните групи (ДСГ), които да заменят историческите бюджети, което спечели поддръжници. Финансирането на болници на базата на ДСГ ще реши редица проблеми, с които се характеризира сегашната система. В рамките на един международен пилотен проект бяха направени опити да се изчисли индекс на състава на болните. (case mix index), съответстващ на българските условия от началото на 1990-те години, който обаче още не е

въведен на практика. Събраните данни от пилотния проект (за измерването на българските тегла на състава на болните) са използвани при определянето на стойностите на първите клинични пътеки. Според някои обяснения провалът за въвеждане на ДСГ в България се свързва както с липсата на политическа воля, така и липсата на анализ и пълно остойностяване на лечението (case mix) и ефективна информационна система, която ще намали възможностите за надувване на разходите на местно ниво (ключов участник). Споделя се обаче и притеснението, че в някои среди може да има съпротива за събиране и предоставяне на здравна информация и дори може да има опити за изопачаване на здравната статистика (WHO, 1997). Според друго мнение, ДСГ изискват сложна и скъпа администрация, както и отделна система за гарантиране на качество. Както показва опитът в ЦИЕ, чрез системата ДСГ не се постигат съществени подобрения в ефективността (Orosz & Hollo, 2001). Независимо от това в България в момента се разработва реалистичен индекс на състава на болните (case mix) и се прави остойностяване на болничните случаи в 40 болници, за да се подготви въвеждане на ДСГ в цялата страна през 2006 г. по проект, което не се осъществи. Предлага се клиничните пътеки като преходни решения, тъй като ДСГ изискват съществени инвестиции. Има мнение, че глобалните бюджети на болниците са считани за подходящо заместване на тремавата бюджетна система.

4.10. Финансиране на общинските болници

Въпросът с финансирането на общинските болници е актуален поради факта, че в България в момента има 264 общини и 109 общински болници.

От 2002 г. реформите за нова финансова децентрализация дадоха повече власт на общините и свобода за разпределение на местните бюджети (вкл. здравеопазване) в зависимост от местните потребности. По закон, общините имат право да правят капитални инвестиции в лечебните заведения, на които са собственици, да финансират здравни програми и да сключват договори за заплащане на медицинска помощ (от бюджета си). Това се случва най-вече в София и не е разпространена практика на други места, поради неблагоприятна социално-икономическа ситуация и ниски общински бюджети. До 2003 г. общинските болници се финансираха от общините. През 2004 г. МЗ финансира болниците чрез субсидия, съдържаща два елемента, променлив (в зависимост от дейността) и постоянен (малък дял финансиране, независимо от извършената дейност), от 2005 г. финансирането е изцяло на база извършена дейност, а от 2006 г. е изцяло от НЗОК на база брой лекувани болни по клинични пътеки за които болницата е сключила договор. Липсва подкрепа от страна на общините. Няма възможности да се мотивират изпълнителите на медицински услуги, поради дълговете (на общините) към тях. това води до един порочен кръг.

От 2004 г. общинските болници се финансират както от НЗОК, по клинични пътеки, така и от субсидия на МЗ. МЗ подписа т.нар. предварителни договори с общинските болници за първото тримесечие на 2004 г. за 14 диагностични групи (Има общо 17 групи заболявания, но общинските бюджети могат да покрият само част от тях) Законът за държавния бюджет намали наличните средства за болниците от 116 (през 2003) на 90 млн. лева. В резултат на това, болниците натрупаха огромни дългове и дължаха 45 млн. лева на снабдители за лекарства и консумативи (данни за 2003). Този проблем най-остро се чувства в местните общински болници. Общинските болници са по-малки и не могат да се конкурират с националните болници, тъй като няма сравнимост на наличното оборудване и персонал. В много случаи обаче, те са единствените изпълнители на болнични услуги в региона и тяхното оцеляване е от жизнено важно значение за достъпа до лечение. Повечето участници в здравно политическия процес (НСОРБ и др.) са на мнение, че МЗ трябва да разработи стратегия за реструктуриране на общинското здравеопазване и най-вече за общинските болници и да се включат представители на общините, работещи по проблема. Въпреки създаването на две работни групи, които да работят по разработването на процедури за финансиране на общинските болници и определянето на критерии за финансиране на болниците в рискови региони (отдалечени райони, рискови групи население, които имат проблеми с достъпа до лечение и др.), изработването на нова национална здравна карта през 2006г. (все още не одобрена от МС), основно финансирането от страна на касата по клинични пътеки от 2006г. насам, въпросите и проблемите остават не разрешени все още.

4.11. Реформа в управлението на болницата в частност МБАЛ

Управлението на МБАЛ продължава да бъде не реформирано през периода на реформата. Нашите резултати показаха, че във всичките 35 МБАЛ, основният метод на планиране е стратегическото планиране, въпреки, че респондентите споделяха в разговор с нас, че не им е удачен този модел, но същевременно не познават моделът на планиране в реално време и смятаха, че мениджмънта който вършат ежедневно е този модел на мениджмънт в реално време. На много места единственото нещо което бе променено това бе на второ ниво мениджмънт (заместник директори като брой и вид), същото се отнася и за трето ниво това на оперативното ниво на началниците на отделения, където броят им е в зависимост от структурната реформа в дадената болница. Все още почти изцяло доминиращ е стратегическият мениджмънт и стратегическото планиране. Това със своята от горе надолу система за контрол, изключителната ригидност на съответните планове и тяхната реализация и факта, че са заложени цели и задачи на база на минал период със съответната предикция, водят до невъзможност или чувствително ограничение за

адекватно реагиране и поведение на съответните мениджъри при екстремни не предвидими обстоятелства, като глобалната финансова и икономическа криза, което доведе до големи главоболия на болниците и съответните им мениджъри , като на места се стигна до закриване на болници, поради дългове (имащи ги почти всички болници), поради липса на персонал (мигрирал към места с по-високо заплащане), поради неадекватен мениджмънт.

Глава IV – Структура и функции на „Пета многопрофилна болница за активно лечение – София” ЕАД, гр. София – критичен анализ

„Пета многопрофилна болница за активно лечение – София” АД, гр. София, е лечебно заведение с дългогодишни традиции. Тя е наследник на една от най-старите болници в София – „Клементинската,„. През 120 годишното си съществуване болницата е изграждала материалната си база и в момента е оборудвана със съвременна апаратура, разполага с квалифицирани специалисти и определено може да се твърди, че заема водещо място в системата на столичното здравеопазване.

„Пета многопрофилна болница за активно лечение – София” ЕАД, гр. София, е регистрирана в съответствие със ЗЛЗ и ТЗ като акционерно дружество с Решение от 28.02.2000 г. на СГС по фирмено дело № 2037/2001 г., със седалище и адрес на управление гр. София, район Сердика, бул. Столетов 67А. Лечебното заведение възниква чрез преобразуване на публичното здравно заведение „Пета градска клинична болница”, чийто правоприменник е. От преобразуването до 2004 г. едноличен собственик на дружеството е Столична община. През 2004 г. в резултат от реструктурирането на общинските лечебни заведения на Столична община, болницата е вписана като дъщерно дружество – Софийски медицински холдинг. От 2009 години, след ликвидирането на Столичния медицински холдинг, болницата отново е със 100% общинска собственост пререгистрирана в единния електронен регистър на Търговския регистър на България като ЕАД. Капиталът на дружеството по съдебна регистрация е в размер на 4 201 840 лв. Болницата е еднолично акционерно дружество и има следната система за управление. Органи за управление на болницата са :Общо събрание на акционерите; Съвет на директорите; Изпълнителен директор, който е член на Съвета на директорите.

„Пета многопрофилна болница за активно лечение – София” ЕАД притежава актуализирано Разрешение за осъществяване на лечебна дейност - № МБ -222 от 13.01.2011г. на министъра на здравеопазването. Въз основа на това разрешение законосъобразните дейности, които болницата може да осъществява и ги осъществява на практика, са: диагностика и лечение на заболявания; рехабилитация, диагностика и консултации, поискани от лекар от други лечебни заведения; клинични изпитвания на лекарства и медицинска апаратура, съгласно действащото в страната законодателство; учебна и научна дейност. В изпълнение на изискванията на ЗЛЗ и посоченото разрешение, болницата осъществява своята дейност по 25 основни и профилни специалности: Вътрешни болести, Гастроентерология, Хематология, Нефрология, Ревматология, Кардиология, Ендокринология, Пневмология и фтизиатрия, Неврология, Детски болести, Кожни и венерически болести, Акушерство и

гинекология, Хирургия, Урология, Анестезиология и интензивно лечение, Очни болести, УНГ-болести, Ортопедия и травматология, Физикална терапия и рехабилитация, Образна диагностика и нуклеарна медицина, Клинична лаборатория, Микробиология, Обща и клинична патология и Трансфузионна хематология.

Мисията на болницата е да осигурява качествена и достъпна стационарна помощ, насочена към диагностика и активно лечение, възстановяване и укрепване на здравето на населението, снижаване на заболяемостта и смъртността на равнището на добрата медицинска практика; да повишава качеството на живота на пациентите и техните близки, като облекчава или отстранява основните и свързаните с тях заболявания, изпълнявайки и по-глобална социална функция за количествено и качествено възпроизводство на населението. Цялостната дейност на болницата е насочена към запазване на водещо място в областта на многопрофилната стационарна дейност на територията на столична община . Със своите реалистично определени основни цели и приоритети, през следващия тригодишен период болницата ще осигури своето успешно развитие, изискуемо за клиничните пътеки при:

- прецизиране на разходите за инвестиции ;
- пълноценно прилагане на политика за управление на качеството на болничните услуги като неразделна част от системата за управление на болницата;
- осъществяване на необходимите връзки със заведения, оказващи първична и специализирана медицинска помощ както в рамките на Столична община така и извън нея.

Ръководството а болницата поема ангажимента в своята стратегия изпълнението на тези цели да се осигури при спазване на изискванията на добрата медицинска практика, стандартите за лечение, правата на пациентите, мониторинг на качеството, професионалното развитие на човешките ресурси . За целта са предложени конкретни виждания за управление на осигуреността и ефективното използване на ресурсите, включващо:

- развитие на човешките ресурси на базата на конкурсното начало при подбора на ръководните кадри;
- управление и стимулиране растежа на кадри на основата на професионалното израстване; стимулиране на труда чрез оценката на количественото и качествено изпълнение на професионалните задължения.
- Обърнато е и специално внимание на развитието на медицинските специалисти в посока на увеличаване на броя на специалистите с образователно-квалификационна степен «бакалавър».
- Заложена е стратегия за подобряване на съотношението на лекари/ сестри, което да достигне 1:2 на базата на гъвкаво реструктуриране.

На фона на заплахата от предстоящата глобална икономическа и финансова криза и навлизането на България в нея, ние топ мениджмънта на Пета МБАЛ със съгласието на собственика предприехме промяна от стратегическо планиране и мениджмънт в условия на връхлитаща ни криза към планиране в реално време (стратегическо импровизиране) и мениджмънт, като надежден изход от кризата за нас. Определихме нашата визия за медицинска грижа до 2020 г. както следва:

- Да надхвърли очакванията на пациентите, семействата им, персонала и обучаващите се
- Да предоставя безрезервна и състрадателна медицинска грижа
- Да изгради сътруднически екип с висок дух
- Да обучи и подготви след дипломно следващото поколение медицински специалисти
- Да бъде на челно място в държавата по качество на резултатите и безопасността на пациентите
- Да напредне във въвеждането на нови медицинските методи и иновации
- Да осигури стабилна и силна финансова база
- Да предоставя медицинска грижа в несравними удобства

За да постигнем това и да приобщим всички наши служители ние изработихме, представихме пред целият персонал и след тяхното одобрение, разписахме нашите ценности, които изповядаме като коректив на Пета МБАЛ а именно:

Фиг. 11. Ценности на Пета МБАЛ,

Мед. грижа	Ние практикуваме състрадателна, ориентирана към пациента и семейството му медицинска грижа.
Услуга	Ние се стремим да предоставяме бъдеща възхищение услуга при всяка среща с пациенти, техните семейства с целия наш екип за Медицинска Грижа.
Отлични постижения	Ние предлагаме отдадена, отличаваща ни, професионална медицинска грижа и най-високо ниво на след дипломно обучение и подготовка посредством креативно прилагане на знанията, уменията и технологиите. Ние се стремим към непрекъснато усъвършенстване на всичко което правим.
Честност, почтеност	Ние действаме честно. Ние лекуваме всички лица с достойнство и уважение, зачитайки тяхната индивидуалност.
Отговорност	Ние вземаме важни финансови решения. Ние използваме ефективно времето, средствата и ресурсите. Ние поддържаме чиста, спретната и удобна заобикаляща среда. Ние приемаме нашия предоставящ Медицинска Грижа екип като нашия най-голям и най-скъп актив
Екипност	В допълнение ние: <ul style="list-style-type: none"> • Комуницираме ефективно • Поддържаме позитивно отношение

- **Подкрепяме се един друг**
- **Окуражаваме персоналното израстване и отговорност**
- **Оценяваме инициативността и иновативността**
- **Приемаме и гордостта и отговорността за нашето представяне**
- **Възприемаме промяната**
- **Забавляваме се**

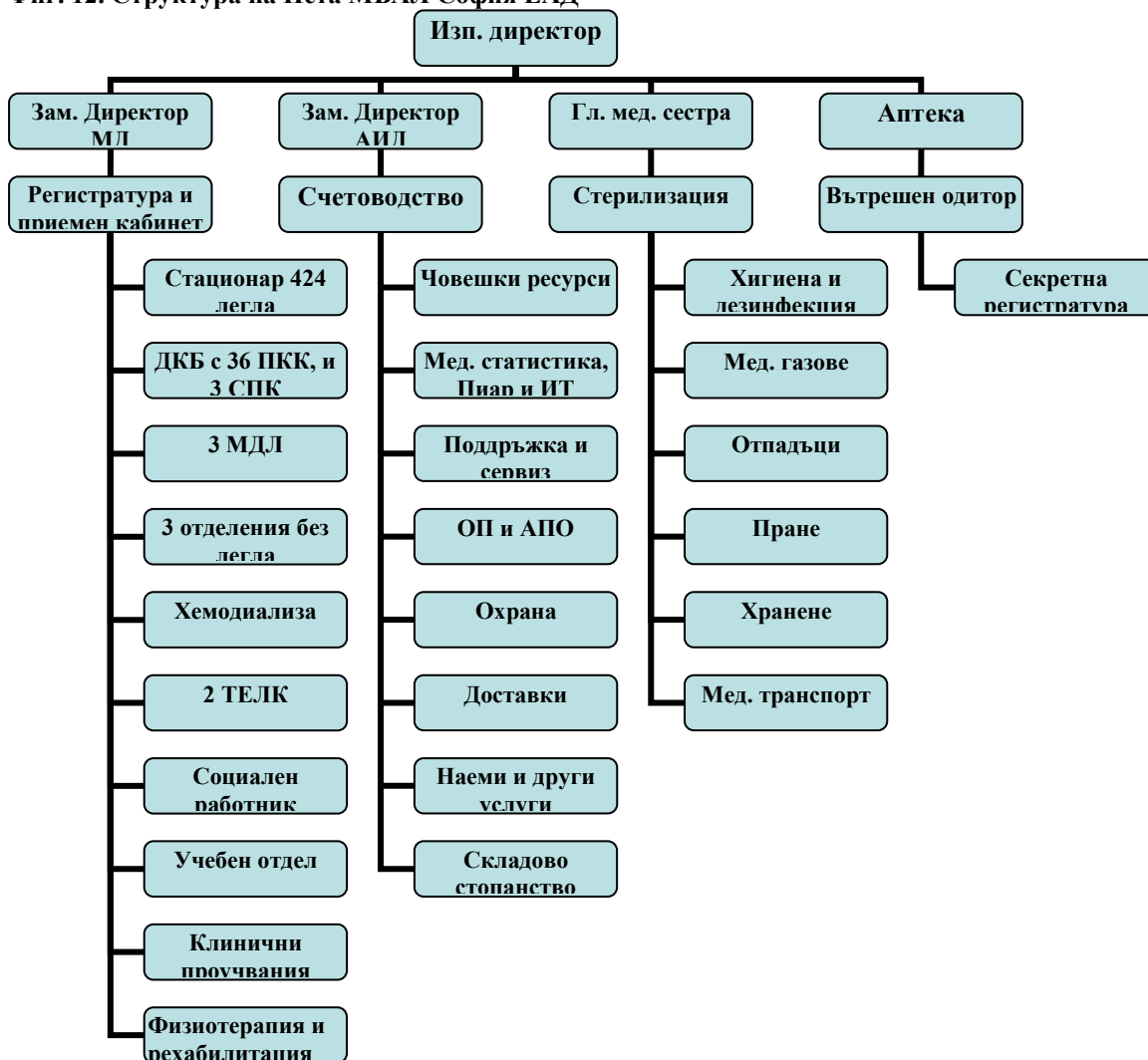
По отношение на осигуреността и управлението на материалните ресурси са определени приоритетите за обновяване на апаратурата в няколко звена, подкрепени от утвърдена инвестиционна програма, разработена в два раздела: закупуване на дълготрайни материални активи и ремонти . Общата стойност на инвестиционната програма за периода 2006-2009 г. е в размер на 4 млн .лв., като следва да се отбележи, поради икономическата и финансова криза проектите за 2009г. за придобиване на дълготрайни материални активи (апаратура и ИТ проекти), както и за строително ремонтни дейности, бяха замразени, като акцента се постави върхо завършване и довеждане до край на вече започнали проекти от предишни години. Въпреки това във фокуса на мениджмънта остана като приоритет ИТ проектите за търсене на финансиране и чрез фондовете от ЕС. Финансовата осигуреност на дейността също е разгледана подробно като условията ще бъдат насочени както към увеличаване на приходите , така и към рационално изразходване на средствата и провеждането на режим на разумни икономии. Водейки се от това мениджмънта си постави за цел промяна, стартираща през 2009 г. водеща до повишаване на качеството на предлагането от болницата на медицинската услуга при оптимизиране на разходите за дейност, като под цел бе заложено, завършване на финансовото 2009 г. с положителен финансова резултат и намаление на ръста на нарастване на счетоводната загуба. В същото време освен икономическите аспекти, мениджмънта заложи и на организационната промяна за постигане на целите, приоритезирайки следните четири елементи:

- **Работната сила**
- **Системата на заплащане на тази трудова сила**
- **Интеграция на лекарите и останалия медицински персонал,**
- **Приоритезиране на ИТ**
- **Планиране на капитала**

Разбира се мениджмънта не загърби оценката на удовлетвореността на пациентите и поддържането на постоянна обратна връзка са поставени като основа за управление на качеството в болницата. Следва да се отбележи , че програмата е приета на общо събрание и утвърдена за основа за развитието на болницата през следващия тригодишен период.

Структурата на болницата напълно съответства на законовите изисквания и е представена от 4 функционално обособени блока:

Фиг. 12. Структура на Пета МБАЛ София ЕАД



Консултативно-диагностичен блок, който се състои от

(1) 36 приемно-консултативни и функционални кабинети (регистратура, приемен кабинет, психологичен кабинет, спешен кабинет, гастроентерологичен кабинет, хематологичен кабинет, ендокринологичен кабинет, ехографски кабинет-ендокринология, пулмологичен кабинет, вътрешни болести, ехографски кабинет-нефрология, неврологичен кабинет, 2 кардиологични кабинета, педиатричен кабинет, дерматологичен кабинет, хирургичен кабинет, анестезиологичен кабинет, АГ кабинет, урологичен кабинет, уродинамичен кабинет, очен кабинет, УНГ кабинет, бронхоскопски кабинет, функционално изследване на дишането, кабинет - горна ендоскопия, кабинет - долна ендоскопия, кабинет - коремна ехография, ЕЕГ-кабинет, ЕМГ- кабинет, ЕКГ-кабинет, кабинет - велоергометрия и холтер, кабинет – ехокардиография, офталмологичен кабинет по функционална диагностика и лазер-терапия, аудиометричен кабинет, отоневрологичен кабинет, ортопедотравматологичен кабинет), алергологичен кабинет с лаборатория за тестване;

(2) 3 медико-диагностични лаборатории (клинична лаборатория с ликворологичен сектор, микробиологична лаборатория, клинична хемотрансфузиология

(3) 3 отделения без легла (отделение по образна диагностика и нуклеарна медицина, отделение по физиотерапия и рехабилитация, отделение по клинична патология).

Стационарен блок с общо 432 легла, разпределени, както следва: Терапевтичен блок, включващ Гастроентерологично отделение с хематологичен сектор (35 легла), Ендокринологично отделение (23 легла), Пулмологично отделение (35 легла), Вътрешно отделение (35 легла), Кардиологично отделение с интензивен сектор и сектор по функционална диагностика на сърдечно-съдовата система (40 + 10 легла в интензивен сектор), Неврологично отделение със съдов сектор (35+10 легла в съдов сектор), Детско отделение (20 легла), Кожно отделение (12 легла), и Хирургичен блок, включващ отделенията Първа хирургия (35 легла), Втора хирургия (35 легла), Гинекологично отделение (35 легла), Урологично отделение (25 легла), Очно отделение (14 легла), УНГ отделение (15 легла, в т.ч. 5 детски) и ОАИЛ (12 легла).

Административно-стопански блок;

Болнична аптека;

Централна болнична стерилизация.

Разположението на болницата в столицата е на бул. Столетов – място с много добре уредена инфраструктура, като през 2011г се предвижда и станция на метро диаметъра, който се изгражда в момента и ще свърже северните квартали с центъра и с другите квартали респективно. Болницата е представена от самостоятелен функционално-обособен комплекс, който включва сграден фонд, състоящ се от два болнични блока, свързващо тяло с приемни консултативни кабинети, два по-малки блока свързани с големите корпуса, с разположените в тях медико-диагностични лаборатории, отделения без легла, стопански и спомагателни помещения, административен блок и терен с парк. От 2009 г. на територията ѝ е разположена Стоянка на столичната спешна помощ, като елемент от стратегията на Правителството и Столична община за скъсяване на времето за реакция при повикване от пациент и съкращаване на времето за достъп до болнична помощ на северните и западните квартали на гр. София, което като население е над 400 000 лица. Тъй като от тези столични райони първата голяма болница е Пета МБАЛ. Същото се отнася и за тези две направления северно и западно на спешната помощ от София област. На тази стоянка има разположени и в готовност две линейки 24 часа в денонощието само за болницата. Разбира се при необходимост и други линейки захранват болницата.

Болницата е с районни функции и обслужва населението от гр. София и западните и северни сателитни населени места от София област.

До наличието на районирането при болничното обслужване болницата е обслужвала над 54 % от населението на столицата, поради факта, че се позиционира като най-мощната и най-голямата от всички общински болници в България, съизмерима с много областни болници. Промените в законовите изисквания за достъп на пациентите са позволили да се разшири обхвата на обслужвания контингент от цялата страна.

Дейността на болницата се характеризира с увеличение на броя на преминалите през стационара болни, въпреки намаления брой на болничните легла, което се дължи на съкратения среден престой, който достига до 7,4 дни през 2006 г., повишения оборот на леглата, интензификацията на дейността на звената с хирургичен профил и увеличаване на нивото на оперативната активност до 78,5%, през 2006 г. с последващ спад до 71.4% през 2009г., който се дължи основно на намалението на общия брой операции, видно от Таблица 7. Има изразено покачване в броя на извършените аутопсии, през последните 3 години, като през 2009 г. има увеличение от близо 3 пъти, дължащо се на факта че през същата година СО започна заплащането на извършена аутопсия, а също така и от контрола от страна на мениджмънта за спазване на закона за задължителна аутопсия при смърт в лечебно заведение и стриктно прецизиране на предвидените по закон изключения.

Основните медицински показатели за периода 2003-2009 г., както и някои от средните за страната за 2008 г. Има увеличение през годините на преминалите болни, както през ДКБ, така също и през стационара, проведените леглодни, използваемостта на леглата, оборота на леглата, при относително стационариращ брой лекари и намаляващ брой медицински сестри. Има рязък скок на броя на извършените аутопсии. Всичко това за последните две години 2008 и 2009 г се дължи на предприетата от СД, изпълнителният директор и ръководството промяна на метода на планиране и мениджмънт от стратегическо планиране и мениджмънт на планиране в реално време (стратегическо импровизиране) и мениджмънт.

Таблица 6. Динамика на основните показатели за дейността на стационара за периода 2003-2009 г.

Основни показатели /години	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006	2007	2008	2009	Б-я 09
Среден брой легла	514	472	480	438	428	416	432	
Преминали болни	14378	16421	16119	17068	17335	16676	18233	
Проведени леглодни	129775	137664	137452	126303	119897	113422	126459	
Използваемост на леглата в дни	252,5	291,7	286,3	288.5	285.5	278	298.2	278
Използваемост леглата в % (спрямо 365)	69,2	79,9	78,5	79.0%	78.2	76.1	81.7	
Среден престой	9	8,4	8,5	7,4	6.9	6.8	6.9	6.2
Предоперативен престой	2,1	2,1	2,4	2.7	1.95	1.8	1.8	1.2
Оборот на леглата	28,0	34,8	33,6	39,0	41.3	40.9	43	49
Оперативна активност в %	75,5	74,2	74,3	78,5	77.8	76.6	71.4	
Прегледи в ДКБ	167456	166798	157081	169584	149333	98575	132218	
Брой аутопсии	44	36	33	33	30	59	165	
Съвпадение предварителна/окончателна	80.5	78.4	74.9	74.0	71.4	70.6	75.3	

Съвп. Патохист/окончателна	96.3	95.5	99.0	99.5	99.2	99.8	99.8	
Болничен леталитет	3.1	3.3	3.1	2.8	2.5	2.2	2.3	
Персонал общо ЩР/ФЛ	952/921	870/853	855/838	852/814	852/819	848/752	832/697	
В т. ч. Висш мед. персонал ЩР/ФЛ	209/202	198/191	194/186	201/197	197/197	202/191	202/172	
От тях с призната специалност	147	140	135	184	191	185	166	
От тях с две и повече специалности	49	46	47	45	45	39	42	
От тях без призната специалност	6	5	4	5	5	6	6	
Професионалисти по здравни грижи	423/405	384/381	385/382	381/349	381/372	364/313	364/295	
Друг персонал	315/314	284/281	272/270	274/268	274/250	282/248	256/230	

В структурите с хирургичен профил се извършва голяма по обем дейност за 2009 г. са извършени 5587 операции, една от характеристиките на която е структурата по сложност на извършваните операции. Като цяло в болницата се извършват основно големи и средни операции през 2009 г. те представляват 59.8 % от всички операции, което до голяма степен се определя и от характера на болницата – тя е общинска и с районни функции. Независимо от това че през последната година броят на операциите намалява, следва да се отбележи и високият процент на много големите оперативни интервенции, които са изцяло и само поради злокачествени образувания в гинекологията, очните болести и хирургията, които с комбинация от експедитивно действащия комитет по онкологични заболявания, осигурява на пациентите с онкологични заболявания, бързо и адекватно лечение

Таблица 7. Брой и относителен дял на операциите в отделенията с хирургичен профил за периода 2004-2009

Показател/година	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
Общ бр. операции	6447		6758		6345		7213		6792		5587	
-много голяма	824	12.8	804	11.9	616	9.7	900	12.5	923	13.6	762	13.6
-голяма	1286	19.9	1547	22.9	1414	22.3	1333	18.5	1084	16.0	780	13.96
-средна	1737	26.9	2031	30.9	2042	32.2	2489	34.5	2663	39.2	2557	45.8
-малка	2600	40.3	2376	35.2	2273	35.8	2491	34.5	2122	31.2	1488	26.7

При общ брой на персонала достига 848 длъжности през 2008 и 2009г. се наблюдава намаление на заетите а именно от 752 (2008г.) през на 697лица през 2009г., като продължение на тенденцията за намаляване през годините, характерна за трудовия медицински пазар у нас. Тенденцията за намаление не само сред висшия персонал, но сред професионалистите по здравни грижи. Относителният дял на медицинските специалисти достига 67% от целия персонал, което определено може да се оцени като правилна позиция на ръководството по отношение на осигуряването на качеството на здравните грижи. Развитието на човешките ресурси в болницата се характеризира с леко намаляване на броя на лекарите и специалистите по здравни грижи, като броят на длъжностите за лекари достига 202 души през 2009 г. (физическите лица лекари са 172 души), като само 6 души от тях нямат специалност. Относителният дял на лекарите със специалност е много висок – 96.5% през 2009г.. Над 24.4 % от лекарите са с повече от една специалност. Длъжностите за медицински специалисти са 364, като са

заети 295. Наличието на хабилитирани лица (3 професори, 3 доценти) и лица с научни степени (общо 6 души) определено повишава авторитета на болницата (Табл. 8).В същото време следва да се отбележи доброто съотношение между лекари / специалисти по здравни грижи, което общо за болницата е 1:1.71, което не много далече от желаното 1:2, но напускането на средния персонал е явление, характерно не само за болницата, а е повсеместно. Друг аспект е съотношението лекари:друг персонал (санитари) е 1:1.33, като в друг персонал се включват и 7 лица с висше образование – счетоводители, икономисти и т.н, и лица с предимно средно или основно образование, заети в поддръжката на болницата. Високо съотношение лекари друг персонал определя и относително ниската средна работна заплата, ката нивата за лекари и сестри са сравними с другите болници от същия тип, но средната остава ниска. Още повече при сравнение с аналогична по големина болница, но с друг статут на областна, тази в Монтана, при приблизително равен брой легла 430, общия брой на персонала е 570 човека при съотношение 1:1.9 лекари/сестри, средната брутна работна заплата е по-висока. Факт който основно се дължи на факта за разликата в статута, докато Пета МБАЛ е общинска, то тази в Монтана е областна, също така и конкурентната среда е много различна в София, където оперира Пета МБАЛ и Монтана, където областната болница е монопол или частичен олигопол.

Таблица 8 Развитие на човешките ресурси през периода 2003 – 2009 г.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Персонал общо ЩР/ФЛ	952/921	870/853	855/838	852/814	852/819	848/752	848/697
В т. ч. Висш мед. персонал ЩР/ФЛ	209/202	198/191	194/186	201/197	197/197	202/191	202/172
От тях с призната специалност	147	140	135	184	191	185	166
От тях с две и повече специалности	49	46	47	45	45	39	42
От тях без призната специалност	6	5	4	5	5	6	6
Професионалисти по здравни грижи	423/405	384/381	385/382	381/349	381/372	364/313	364/295
Друг персонал	315/314	284/281	272/270	274/268	274/250	282/248	256/230
Маг. фармацевти	5	4	4	4	4	4	4
Професионалисти по здравни грижи	423	384	385	374	381/349	381/372	364/313
Друг персонал	315	284	272	251	274/268	274/250	282/248
В т. ч. Санитари	174	176	176	173	173	173	172

Средната възраст на персонала е както следва: лекари – 52 години, като 18.9% са над 60 години, 77% са в интервала 40-60 години и само 4.1% са под 40 години. Медицински професионалисти – 48 години.

Световната тенденция за по-малко и по-малко лекари и сестри да се вливат в работната сила на сектора по здравеопазване, не подминава и България и в частност Пета МБАЛ. Застаряването на групите специалисти в здравеопазването, като клиничните, така и бизнеса и финансовите професионалисти, реализиращи се в здравеопазването застрашава да отдели ключови елементи от болницата и от здравеопазването изобщо. Това според нас ще доведе до драматична разлика на управлението на

човешките ресурси след 10 години в сравнение с настоящите схващания за управление на човешките ресурси. Най-голямата разлика, очакваме да бъде в наемането на работа. Недостига основно на медицинските кадри се дължи не само на малкия брой лица желаещи да се вляят в този пазар, ограниченията от не далновидната политика на МЗ относно образованието на медицинските специалисти, липсата на регистри за движението им включително остаряването им, както и имиграцията на обучен персонал или пък обучен и не влизащ в болничния сегмент, а се насочат покрай него или извън. Няма точни данни за съществуващата безработица на медицинските специалисти у нас. Но нашия опит показва че благодарение на повсеместната криза, голяма част от медицинските специалисти се завръщат отново в болничната помощ при нас, което положителна страна на кризата. Също така по-вече и повече дъщери и синове ще бъдат посъветвани от своите родители за започнат обучението си в областта на здравеопазването, тъй като сътресенията от кризата в тази област са по-малки, в сравнение с тези от строителството, брокерското на недвижими имоти и други бизнес и. Разбира се че и нашия принос ,като търсещи особено медицински сестри ще засили тази набираща скорост тенденция. Тава са камбаните, които бият вече силно за тревога. Част от дейността за справяне с това е наемането на вече излезли от системата поради пенсиониране но в кондиция за работа сестри, където нашата презумпция е че те със сигурност са по-лоялни към наемащия, със сигурност са с много голям и добър опит, със сигурност ще се включват в съответните инициативи на мениджмънта, не на последно място със сигурност имат повече доход, пенсия и заплата от преди пенсионирането и ще имат стремеж това статукво да продължи.

Настъпилите през последните години промени в областта на финансирането, както и промените в юридическия статут на дружеството и участието му като дъщерно дружество в Столичния медицински холдинг и връщането през 2009г. като 100% собственост на Столичен Общински съвет, респективно Столична община, дават своето отражение върху основните икономически показатели. на болницата. В сравнение със съпоставими болници нивата на средните икономически показатели не са високи. От 2008 г. се изпълнява строго рестриктивна политика към разходите, което се проявява в значителното снижаване на стойностите на показателите (Табл.9). Снижава се средният разход на преминал болен, на легло ден , лекарство ден и храноден.

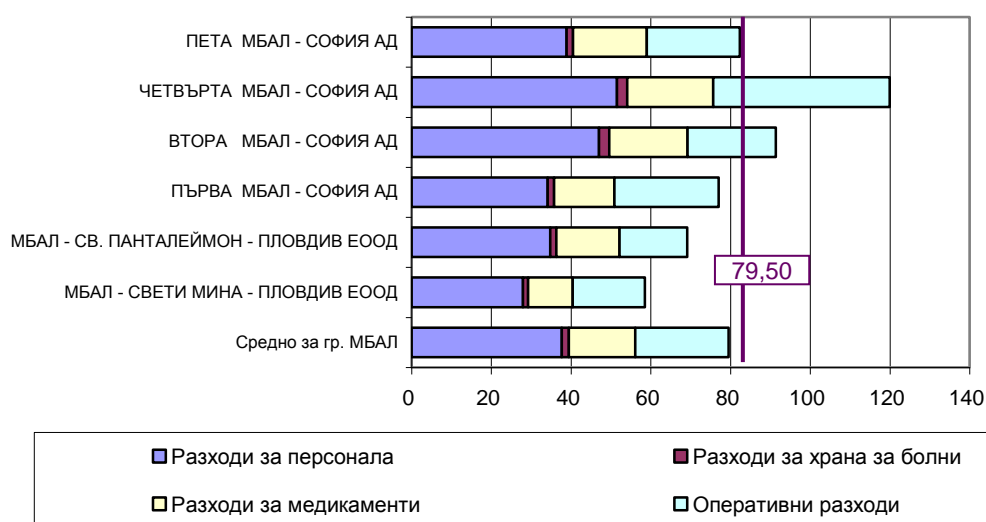
Таблица 9.Медико-икономически показатели 2003-2009 в лева

Показатели/години	2003г.	2004г.	2005г.	2006г.	2007	2008	2009
Стойност на едно легло	20 266	22 012	24 229	24 421.5	30267.4	29081.1	29809
Стойност на един леглоден	80	75	84.61	82.37	106.03	104.61	99.94
Стойност на един преминал	724	632	721.51	609.86	733.3	711.5	693.19

болен							
Стойност на един лекарствен / вкл.медицински консуматив/	20	19	25.65	18.56	27.88	26.52	14.40
Стойност на един храноден	1,33	1,53	1,65	1,56	2,54	2,61	2,85

Фиг. 13. Структура на средният разход за един леглоден в градските болници през 2006г.

Структура на средния разход на един леглоден за градските многопрофилни болници за активно лечение (в лв.) 2006г.



В отчетните данни на болницата са налице факти, които показват правилното организиране на основните финансови потоци. (Таблица 10). За осъществяване дейността на дружеството през 2009 г. ръководството е сключило и работи по Договори за финансиране на извършване на дейност: със СЗОК за изпълнение на 135 клинични пътеки съгласно НРД 2006, не подписван след това, с МЗ за изпълнение на хемодиализи и решения на ТЕЛК и със Столична община - за извършване на дейности извън обсега на тези покрити от СЗОК на стойност 1 600 000 лв.. Дружеството реализира и собствени приходи като: платени медицински и немедицински услуги, приходи от наеми и други.

През 2009 г. СЗОК осигурява основната част от приходите в размер на 8 523 429 лв., като следва да се отбележи наличието на финансиране от Столична община (в размер на 1 600 000 за 2009г.) и от МЗ в размер на 1 021 795 лв. и приходи от дарения, други продажби и други приходи 249 402 лева.. При така организираните приходи болницата реализира своята дейност като управлява добре текущите си задълженията в размер на 3 052 746 лв и няма просрочени задължения към доставчици. Болницата осигурява постоянно нарастваща средна работна заплата на своя персонал от 337 лева през 2003г. на 654.45 лева в края на 2009г при 484.76 лева през 2008г.. В структурата на разходите на първо място са разходите за възнаграждения (43.2%), следвани от разходите за медикаменти и консумативи (14.3%). Значителният дял на амортизациите и външните

услуги се обуславя от приложената собствена Счетоводна политика , чрез която се въвежда увеличение на амортизационните норми на ДМА и се въвежда промяна в елементите на отчитане на материалните разходи т.е. разходите за еленергия и топлоенергия са отчетени като елемент на разходи за “външни услуги”.

За 2009 г. дружеството и реализирало приходи от обичайната дейност в размер на 12 355 281 лева или увеличение с 11.33% спрямо предходната 2008г., същите представляват с 1 257 022 лв. повече спрямо предходната 2008г. година . Приходите от СЗОК са увеличени с 903 493 лева. , което представлява ръст от 11.86% спрямо 2008г. Финансирането от МЗ за 2009 г. покрива дейността по извършени хемодиализи и издадени телкови решения , които възлизат на 1 021 795 лева. МЗ осигурява и централизирани доставки от медикаменти и мед.консумативи за дейността на отделението по хемодиализа, ТЕЛК и отчетени пациенти за преглед по спешност но не хоспитализирани. Финансирането от МЗ е по-малко с 90 092 лева и представлява намаление от 8.10 % спрямо предходната 2008г. година.

Таблица 10 Икономически показатели 2003-2009 в хил. лева

Показатели /години	2003г.	2004г.	2005г.	2006г.	2007	2008	2009
ОБЩО ПРИХОДИ в хил. лв.	11464	10522	11057	8417	11974	11098	12 355
А. От основна дейност в т.ч.	11462	10521	11056	8417	11974	11098	12 355
МЗ	-	3378	2679	966	1337	1112	1 022
НЗОК	2611	3876	5432	5357	7871	7620	9 523
Столична община	7874	2774	1496	1669	2165	1558	1600
Други прих. от финансираня /дарения/	568	19	815	5			249
Други собствени приходи							
а) платени услуги	231	196	394	289	185	200	447
б) потребителска такса	104	84	86	89	130	152	173
в) договори с ДЗОФ							
г) наеми	24	74	55	24	79	75	76
в) други	50	120	99	18	10	6	9
Б. Финансови приходи	2	1	1				
ОБЩО РАЗХОДИ	11431	11492	13168	8450	12694	11873	12 686
А. По икономически елементи	11358	11577	13093	8639	12718	11885	12 686
Фонд работна заплата	4035	4146	4366	2993	4862	4738	5 474
Социални осигуровки	1457	1419	1318	774	1137	1014	1 078
Медикаменти и консумативи	3060	3280	4306	2453	3847	3381	1 821
Други материални разходи	922	872	551	365	470	237	323
Външни услуги	738	707	1085	820	1412	1449	1750
Амортизации	1027	935	1217	1043	990	1064	813
Други	119	218	250	191		2	413
изменения на парични наличности	56	(98)	34	0			
В. Финансови разходи	17	13	13	11	15	13	10
Г. Разходи за данъци			28		-39	24	0
В. Финансов резултат	+33	(970)	(2111)	(233)	-720	-775	-330
Задължения към доставчици	147	843	2073	2060	1946	2183	3 053
Средна работна заплата в лв.	337	397	435	399	480	485	655

Съгласно сключения договор със Столична община за финансиране на дейности , извън обсега на задължителното здравно осигуряване , дружеството на база отчетена дейност е финансирано в размер на 1 600 000

лв. Реализираният приход от финансиране със СО е с 400 000 лв. по-малко спрямо предходната 2008 година и е намалял с 20 %. За отчетния период приходите от платени медицински и немедицински дейности и услуги и от стопанска дейност са 249 402 лв. и представляват 2.0 % от общите приходи. За 2009г. Дружеството е извършило разходи в размер на 12 685 498 лв., 811 774 лв. по-вече спрямо същия период на предходната 2008 година . Като цяло разходите са увеличени само с 6.84 % , което е пряк резултат от въведената система за вътрешен контрол на разходите. Снизени са разходите за медикаменти и консумативи, ток, парно, електроенергия, увеличени са възнагражденията и респективно осигуровки. Намалението на разходите за дейността и увеличението на преминалите пациенти води до снижение на себестойността на един преминал болен с 18.32 лева , от 711.51 лева (2008 г) на 693.19 лева за 2009 г. Стойността на 1 леглоден се е намалила с 4.67 лева или 4.46% пряко следствие от предприетата политика за снижаване на разходите и увеличаване на качеството на предлаганата услуга от болницата. За периода са намалени и преките разходи за лекарствен с 3.57 лева /от 17.97 лева (2008 г.) на 14.40 лева 2009 г. Разходите са хранодена за болните са увеличени с 0.24 лева / от 2.61 лева (2008г.) на 2.85 лева за 2009г. Дружеството приключва 2009 г. с финансов резултат – загуба в размер на 330 000 лв. за 2009 г. при загуба за предходната 2008 г. от 775 000 лева.

До 2008 г. структурата на заплащане на персонала в Пета МБАЛ се характеризира с ниска основна заплата, уравниловка при получаване на допълнително материално стимулиране не само сред медицинските специалисти, но и немедицинските служители не свързани пряко с лечебно диагностичният процес, не е имало ясно разделяне на отделенията по тежест на дейността и привлечени приходи, имало е разделение на групи като хирургични специалности и терапевтични специалност. Разпределението на ДМС е ставало на база приближеност до началника и директора, а не на обективни критерии. Няма диференцирано заплащане и за образователен ценз, отделно от основната заплата. Съществува и много малък марж на основните заплати между отделните категории медицински персонал. Това определено демотивира персонала за изпълнение на своите задължения, особено тези в отделенията с по-голям принос в приходите.

До 2008 г. няма ясно дефинирани приоритети, нито визия за развитие в перспектива и съответният план с разписани стъпки и последователност. Просто болницата е била оставена на течението.

В потвърждение на горните наши анализи и бихме желали да акцентираме върху официално представените финансово-икономически анализи към финансовите отчети на «Пета МБАЛ – София ЕАД за 2008 и 2009 г, в едно с отчета за медицинска дейност за същият период-представени в дисертацията като приложения.

В заключение може да се отбележи, че „Петя многопрофилна болница за активно лечение – София” ЕАД, гр. София е най-голямата общинска болница, която осигурява своята дигностично-лечебна дейност по много широк спектър от специалности, провежда и клинични изпитвания на лекарствени средства и изпълнява напълно поставената мисия и основни цели. Изградена е необходимата блокова структура с рационално и законосъобразно разпределение на легловата база и човешкия ресурс. Всички изисквания, регламентирани в съответните законови актове и болницата функционира като едно цяло при спазване на традициите от близкото минало, обогатени с нови, съвременни решения. Висококвалифицираният персонал (почти всички лекари са със специалност, 26% от лекарите със специалност имат призната втора и трета специалност), наличието на хабилитирани лица, както и непрекъснатото повишаване на квалификацията на специалистите по здравни грижи, създават много добри условия и важни предпоставки за осигуряване на качеството в болничната дейност. Осигурено е правилно съотношение между лекарите и медицинските специалисти. Базата е много добре поддържана, чиста и подредена, с поддържан парк и подходяща инфраструктура. Своевременно се извършват необходимите ремонти, техниката се обновява и модернизира, въвеждат се нови, съвременни технологии. Поддържането на базата е постоянен процес и се извършва съгласно разработен план. Изградената политика за осигуряване на постоянна поддръжка и обновяване на медицинската апаратура и необходимата болнична инфраструктура е гаранция за устойчивото функциониране на всички структурни звена. Дейността е с много добри показатели – увеличаващ се брой на хоспитализирани, преминали болни и проведени леглодни при интензивно увеличаване на капацитета – повишаваща се използваемост, повишен оборот на леглата, среден престой в оптимални граници за болница от такъв тип. Дейността отговаря на медицинските стандарти за специалностите, по които има такива. Следва да се отбележи, че по редица специалности, за които има медицински стандарти има наличие на апаратура значително над изискванията и извършваните дейности отговарят на тези за III ниво(от 2011 г.)

Цялата дейност се реализира при правилно контролиране на паричните потоци и ефективно използване на ресурсите. Създадени са условия за въвеждане на максимален брой “клинични пътеки” и на тази основа – непрекъснато нарастване на финансовия ресурс. Резултатите от дейността са много добри, както по отношение на клиничните резултати, така и по отношение на оценката от други органи и от пациентите.

Въведени са добри практики във всички звена и те изпълняват дейността си на високо ниво. Осигуряването на качеството е първостепенна задача на ръководството и се осъществява на базата на създадената рационалната структура, отлично поддържаната база и

оборудване, добре разработената вътрешна нормативна уредба, правилната организация и пълен синхрон в дейността на отделните звена. Осъществяваният постоянен контрол на всички нива на базата на вътрешни проверки и външни оценки от различни органи и институции (по отношение на осигурения достъп на пациентите, правилното попълване на документацията, добре работещата информационна система, рационалния и адекватен лечебно-диагностичен план и правилното му и навременно приложение, осигуряване на необходимия комфорт на пациентите по време на престоя, зачитането на техните права и осигуряването на информирано съгласие и др.) е гаранция за възможността за поддържане на постигнатото ниво .

В същото време следва да се отбележат и някои слаби страни :

- Недостатъчен стремеж за регистриране на ВБИ в повечето от звената;
- Конвенционалната рентгенова апаратура е остаряла;
- Не във всички звена се отбелязва пълно покритие на допълнителните изисквания по съответния стандарт;

Посочените многобройни силни страни , отбелязаните недостатъци показват, че болницата има висок потенциал , който ще бъде реализиран успешно през следващия период.

Глава V - Управление на Пета МБАЛ София ЕАД в условията на икономическа и финансова криза

1. Глобална икономическа и финансова криза

В началото на това хилядолетие в САЩ многото налични пари търсеха добри инвестиции. Но къде да стане това като лихвите бяха смешни, борсите не сигурни, единствения спокоен пристан с атрактивни печалби се оказаха недвижимите имоти. Това автоматично доведе до покачване на цените, раздаването на необезпечени кредити за „бедните“ американци. Инвестиционните банки изкупуваха все повече ипотeki, пакетираха ги, Уолстрийт ги обяви за сигурни (това бе магията). От своя страна политиците, регулаторите, медиите в САЩ нехаеха (защото изповядаха максимата пазарът има право и защо ли пък не американеца да не си купи къщата мечта). Процесът излезе извън САЩ и се глобализира. Много станаха желязките, трябваша много ипотeki, алчният и неразумен Уолстрийт започна да ламти за откупуване на риска. Политиците, регулаторите, медиите в САЩ и вече в света все още останаха спокойни. Появи се кредитния дериватен контракт (вълшебната пръчица на Уолстрийт). Както във всяка една приказка всичко друго е скучно, започнаха залагания за платежоспособността на другите като атрактивно място за парите – никой не знаеше вече кой, кого, кога трябва да спасява, но лихвите започнаха да се покачват, хората започнаха да не могат да изплащат ипотеките си и разбира се балонът се пука, което накара нервите на инвеститорите експлодират, Как да предположи някой, че Леман брадърс ще фалират? Вече всички са уплашени, няма заеми, и разбира се добре дошли в кризата. В България нещата станаха с известно забавяне. Въпреки, че кризата се усещаше в началото на 2009 г., политиците, регулаторите медиите и системата на здравеопазване бяха спокойни, НЗОК плащаше, не ограничаваше, политиците говориха, че ние сме остров на сигурност и нас кризата не ще ни удари. Да обаче не. Кризата се стовари с нейната тежест от началото на четвъртото тримесечие на 2009 г или поне това официално бе признато. Политическият елит се смени като управление и излязоха наяве данни за пробойни в бюджета на държавата, и разбира се предприеха крути мерки за овладяването им. НЗОК спря да плаща редовно, намали общата стойност на плащанията към болниците. Започна да бави плащания, които от своя страна доведоха до задлъжнялост на болниците към доставчици и контрагенти, влоши се бизнес климата и в системата за здравеопазване. Стигна се до спиране на доставки на медицински изделия и дори лекарствени средства на места, за извиване ръцете на болниците за да плащат поне регулярно и не в пълен размер. Настъпи вълнение в медицинското общество, започнаха фалити на болници, основно малки общински в края на 2010г и началото на 2011г. поради намалени брой клинични пътеки в договорите им с НЗОК и невъзможност за издръжка.

Петта многопрофилна болница за активно наблюдение не бе изключена от кризата. За да се адаптираме адекватно в кризата ние сметохме, че е необходима значителна промяна изразяваща се главно в стимулите за работещите и разбира се по-различен мениджмънт на болницата като начало и убеждавайки се в последствие в правотата на поетата посока, защо да не предложим нашият опит като начин и за оптимизиране на системата на здравеопазване в последствие

2. Концепцията за планиране и мениджмънт в реално време срещу концепцията и като допълнение на стратегическото планиране и мениджмънт

В днешното високо динамична и не предсказуема световна икономика, традиционното стратегическо планиране характеризиращо се с подхода централизиран планов и контролиращ мениджмънт ни се струваше, че губи своята почва. Мениджърите трябва да реагират по-бързо от когато и да било на динамичните условия и да използват пълният потенциал на всички хора в организацията. Стратегическото планиране е много слабо и много не флексибилно за може да помогне на нас мениджърите да отговорят на бързо променящите условия и е много йерархично за да позволи на широк кръг от наемни служители да участват в процеса на вземане на решение. Затова се обърнахме към планирането в реално време, като завладяваща нова алтернатива на стратегическото планиране. Това планиране стартира в САЩ през 90-те години и продължава и понастоящем в целия свят и Европа. Тази иновативна концепция поставя стратегическите отговорности и стратегическите инструменти в малки самоуправляващи се екипи които се движат заедно към общото стратегическо направление. Стратегическото импровизиране или планиране в реално време е по-бързо, по-малко рисково и предоставя по флексибилен отговор на несигурната среда, чрез упълномощаване на индивидите в организацията. Този екипно ориентиран подход:

- Изгражда по-силно чувство на отчетност в организацията
- Промотира креативността чрез допускане на съграждането на идеите от всеки индивид в организацията
- Поддържа отвореност в реално време на членовете на екипа към потока от решаващата информация.
- Насърчава ефективната латерална комуникация в цялата организация
- Улеснява бързата смяна на ролите за постигане на стратегическите цели
- Специфицира инструментите помагачи на организацията да развие стратегически качества на база екипност.
- Дава инструменти в ръцете на мениджърите да направят своите решаващи действия за отговор на непредсказуемите бързо променящи се условия на заобикалящата бизнес среда на болниците за активно лечение.

Както широко е известно стратегическото планиране бе доминиращо и работещо ефективно до 90-те години в САЩ, като в останалия свят и в Европа и това продължи до към 2000г, а в някои държави като нашата е и в момента, но бързо променящата се глобална икономика и настъпването на световната икономическа и финансова криза, създаде много не предвидими икономически условия за всички включително и болниците за активно лечение в случая. Тези условия за функциониране бяха много комплексни, много динамични и толкова непредсказуеми, че както всички компании така и ние Пета МБАЛ София ЕАД не можехме да гледаме отстрани и да оставим съдбата си в централизирания планов и контролиращ модел на мениджмънт (стратегическо планиране или мениджмънт).

Ние приложихме в Пета МБАЛ алтернативата на стратегическото планиране –наречено и въведено от Lee Tom Perry, Randall G. Scott, W. Norman Smallwood (1993) планиране в реално време или стратегическо импровизиране. То е създадено за да посрещне предизвикателствата на съвременната бързо променяща се и непредсказуема икономическа и финансова реалност. Основните идеи на концепцията са:

- Приема, че стратегическата отговорност има нужда от широко разпространение в цялата организация
- Поставя ударението върху предоставянето на стратегически инструменти в ръцете на само направляващи се членове на екипите
- Промотира действия на база екипност и познание които подпомагат стратегическите цели.

Стратегията в реално време обновява стратегическото мислене, посредством инкорпориране на информационните технологии в реално време в контекста на стратегията. Метода е по-ефективен от другите по следните минимум две причини:

- Предоставяне на инструменти които работят (прилагани в много различни по калибър и област бизнес организации.
- Показване на членовете на само направляващите се екипи как да се използват тези инструменти заедно като средство за импровизирането на операционните стратегии

Според горесцитираните автори три са важните разлики между стратегическото импровизиране и традиционното стратегическо планиране:

1. Стратегическите решения при стратегическото импровизиране се вземат на всички организационни нива без изключение, включително и на топ мениджмънта. Стратегическото импровизиране е екипно ориентирано, а не на подхода отгоре надолу както е при стратегическото планиране. Стратегическите отговорности са на екипа най-близо до действието.

2. Подхода на стратегическото импровизиране е с висока честота

с типично ниско въздействие, докато стратегическото планиране е чист подход от ниска честота и високо въздействие. Стратегическите импровизатори лансират много стратегически идеи с надеждата да се постигне висок среден резултат сред таргетната група, докато стратегическите плановици агонизират над всяка стратегическа идея която лансират с надеждата да достигнат до малък брой от таргетната група.

3. Най-важната разлика е че стратегическите планове са предварително определени и съответно топ мениджъра първо планира и после действа. Стратегическото импровизиране възниква в реално време. Топ мениджърите действат преди да планират, считайки че действието информира стратегическото мислене.

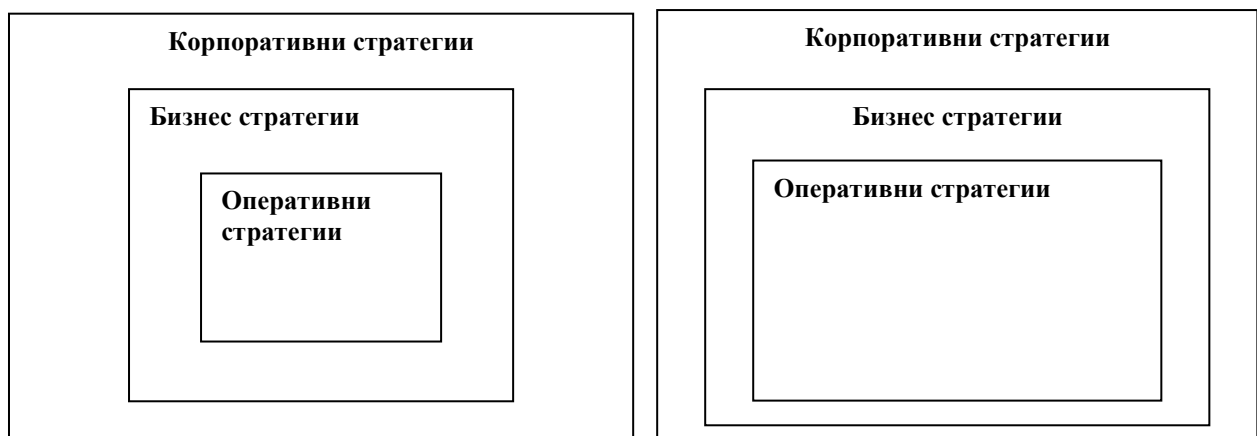
3. Екипното стратегическо мислене

Стратегическото импровизиране работи само когато на самоуправляващите се екипи са вменени стратегически отговорности. При нас в работата се оформиха два типа на екипи, мениджърски екип и отделенията като екипни единици. Мениджърският екип имаше за задача да приведе в едно цяло стратегията на Пета МБАЛ с концепцията за стратегическо импровизиране, и на тази база да дефинира ясна и фокусирана бизнес стратегия. Използваните стратегическите инструменти от мениджърският екип са високо разрядните инструменти използвани за определяне на стратегическата насока. Фактически мениджърският екип първоначално съзнателно резистираше на развитието на детайлизирани политики и процедури за импровизационните оперативни стратегии. Много от хората ни приемаха, че импровизациите при нашата болница са тактически, а не стратегически. Това е лесно обяснимо, като се има в предвид, че мисленето не се определя от организационното ниво на което възниква. Тактическото мислене на Изпълнителният директор не е стратегическото му мислене както и тактическото мислене на екипните единици не е тяхното стратегическо мислене. Още повече, че това което изглежда че е „тактическо” за мениджърският екип, може да бъде „стратегическо” за членовете на съответната екипна единица, ако определя ултимативният успех и виталността на тяхното отделение. Според Джеймс Брайън Куйн професор при Так училището по бизнес администрация в Дартмунд САЩ: тактиката е краткосрочно, адаптивно, ориентирано към действие – взаимодействие прегрупиране при което противопоставящи се сили се използват за достигането на лимитирани цели след първият им контакт. Стратегията определя постоянната база за подреждането на тези адаптации към по-широко възприемани цели. Ние се водихме от виждането, че организационни проектант, особено тези занимаващи се със социотехническите системни модели, са организации променящи дизайна си в контекста на самоуправляващите се екипи. Считаме, че при повечето от тези усилия за промени, екипите се натоваарват с прилагането, но не с формулирането на конкурентни стратегии и се стремим да го

избягваме. Това е нещо много сериозно, тъй като без правомощия за едновременното прилагане и формулиране на стратегиите, екипите са силно ограничени в техният обсег на действие. Ние установихме на база на нашия скромнен опит, че ако отнемем стратегическите отговорности от самоуправляващите се екипи, те обикновено пропускат задачата. Най-важното което научихме от опита си е че не е достатъчно да снабдиш самоуправляващите се екипи със стратегически инструменти. Членовете на екипите преди да приемат отговорността за стратегическото импровизиране, имат нужда от трениране и обучение за използването на стратегическите инструменти. Отговорността за това при нас бе на членове от мениджърският екип със задължения да обучат хората, не да ги менажират. Вместо упражняването на власт над хората, от тези мениджъри очакваме да тренират екипите си в използването на инструментите за стратегическо импровизиране и да ги направляват да се превърнат в самоуправляващи се. Историческият Професор Алфред Чандлър, от Харвардското бизнес училище и широко приет и признат не само в САЩ, предполага че изкуството на науката за стратегията е толкова жизнено важно и комплексно, че изисква специализирано ръководство от високите етажи на мениджмънта. Такива мениджъри Професор Чандлър нарича „малкото ключови лица във всяка една организация”. На тази база ние считаме и то се доказва на практика че стратегическото планиране е функция на топ мениджмънта и отговаря на представената по-долу фиг. 14а. Детайлизираните корпоративни стратегически планове дават основата за детайлизирани бизнес стратегически планове, които заедно почти елиминират свободата на действие на оперативно ниво. В противовес нашия опит показва, че е възможен и друг модел на мениджмънт фиг. 14б

Фиг.14А Стратегическо планиране

Фиг.14Б Стратегическо импровизиране



Нашият скромнен опит показва, че малко на брой ключови индивиди са необходими за изясняването на стратегическото направление на корпоративно и бизнес ниво, но на по-ниските нива, екипите от индивиди могат да възприемат важни стратегически отговорности, ако им се предоставят инструменти за стратегическо импровизиране и обучението

им, както и тренирането им как да ги използват. Стратегическото импровизиране кани членовете на самоуправляващите се екипи да упражняват значителна свобода при формулирането и прилагането на оперативни стратегии в рамките на лимитираната форма предоставено от корпоративните или бизнес стратегии.

4. Високо фреквентни стратегии

Стратегическото импровизиране включва непрекъснато бързо изразходване на стратегическите идеи в рамките на стратегическата посока. Установено е че почти всички организации са ограничени в използването на собствените си ресурси, бързината на стратегическите атаки засяга интензивността им, което неизбежно води до различие. Планирането в реално време (стратегическата импровизация) изповядва теорията на малките победи. Целта е да се акумулира максимално разбиране на бързо променящата се бизнес среда, и колкото е възможно да е по-бързо, като се правят ниско бюджетни, бързо работещи, успешни приближения. В противовес стратегическото планиране е ниско фреквентно с високо въздействие. То включва преситени политики -на базата на пазарно маркетингово проучване, конкурентен бенчмаркинг и анализ на структурата на здравеопазването като индустрия –например за да се увеличат шансовете за успех и получаването на големият удар от всяка стратегическа идея.

При нас в Пета МБАЛ София ЕАД общият успех се дължи на събраният принос на множеството от индивидуалните стратегически атаки. Екипите на всички нива в структурата ни са въввлечени в процеса, тъй като има много повече екипи на ниво на отделното отделение, отколкото на бизнес нивото, повечето от стратегическите идеи се правят от съответните екипи в отделенията на болницата. Абсолютният обем на стратегическите атаки, а не тяхното разнообразие характеризират стратегическото импровизиране. Високо фреквентните стратегии създават много предимства за бизнеса. Когато многобройни екипи на многобройни нива играят в една посока, те генерират много начини за научаването за много неща. То е потвърждението на това съждение изказано преди повече от 3000 години от Сун Дзъ, древно китайският военен стратег, което той е забелязал и пише в Изкуството на войната. От решаващо значение при разполагане на войските е врагът да не може да предположи подреждането им. Тогава и най-дълбоко внедрените шпиони не могат да го разкрият, нито най-мъдрите да изготвят планове срещу тях (9) и съгласно подреждането аз готвя планове за победа, но повечето не могат да проумеят как. Макар, че всеки може да види външните аспекти, никой не разбира начина, по който градя победа. (9) или перифразирано означава всички хора могат да различат тактиката, когато той завоюва, но това което никой не може да види е стратегията с която всяка една велика победа е обвързана. Тогава когато всички високо фреквентни стратегии са в една и съща посока има

едно силно предимство, а именно по-лесно е за екипите да се учат един от друг. Целта на стратегическото ни планиране е да промоцираме успех, а не провал. Разбира се когато провал неизбежно настъпи, стратегическите импровизатори са готови и желаят да се поучат от урока за провала. Затова ние не се осляняме само на една стратегия и никога не се чувстваме заключени в една добре звучаща идея, когато нещата започнат да се влошават.

5. Стратегии в реално време.

Според Андрю Груув, бивш главен изпълнителен директор на Интел, „хората формулират стратегията с усета си”. В своето съждение Груув не предполага, че формулирането на стратегията е безсмислена активност, а предполага, че тази стратегия отразява това което хората вършат в организацията. Някои стратегии дискутират времето като източник на конкурентно предимство. Колкото повече стратегите намалят времето между формулирането и прилагането на стратегията, най- последна е информацията, която те включват в стратегиите си. Така когато стратегиите са формулирани и приложени в реално време, тогава и стратегите използват информацията в реално време. Тъй като бизнес средата е постоянно изменяща се мишена, стратегите на планирането в реално време предлагат значителни предимства пред отживелите стратегически планове.

6. Защо организациите открили стратегическото планиране го изоставят?

Защото колкото по-големи стават стратегическите планове, толкова по безполезни стават те. Все повече и повече часове отиват за изготвянето им и вместо планировчиците да доведат нещата до финал, те стават финал на себе си и по този начин стратегическото планиране става не отговарящо на изискванията на новият икономически ред. Разбира се ефектите от стратегическото планиране не само лоши - например стратегическото планиране води до значителен позитивен ефект върху организационните процеси. James Quinn (1980) описва следните положителни ефекти на стратегическото планиране:

- Създават информационна мрежа, която по никакъв друг начин не би съществувала
- Периодично кара оперативните мениджъри да разтеглят своите времеви хоризонти и да разглеждат работата си в по-голяма рамка
- Изисква щателни комуникации за целите, стратегическите послания и определяне на резултатите
- Систематично обучава мениджърите за бъдещето, като по този начин ги улеснява да калибрират техните краткосрочни или временни решения с повече интуиция на базата на фактите.
- Често създават позитивно отношение, фактор на комфорт относно

бъдещето; мениджърите могат да погледнат напред с повече сигурност и следователно повече биха желали да отидат отвъд близките хоризонти.

- Обикновено стимулират дългосрочни „специални проучвания“ които могат да имат отражение върху критични или специфични стратегически решения.

Въпреки че стратегическото планиране е служила десетилетия и по настоящем продължава не само в САЩ и Европа, но и по света, критиците му се уповаваме, че глобалната икономика стана толкова комплексна, толкова динамична и толкова непредсказуема за мениджърите за да оставят съдбата си в ръцете на плановете. Глобалната икономическа и финансова криза го доказва по безспорен начин, че ако се уповаваш на старото загиваш (Лемън брадърс). В много организации в Европа и САЩ стратегическите планове станаха толкова бюрократични, абсурдно количествени и много не адекватни. В директорските кабинети отлежават безбройни петгодишни планове, актуализирани ежегодно, тържествено обявявани, събират прах и техните невъзможни специфични прогнози за разходи, цени и пазарен дял са отдавна забравени.

Ние предлагаме няколко най-обща критики на стратегическото планиране:

- Защото стратегическото планиране предлага свръх специфицирани средства, планът губи своята флексибилност и може да изключи или отложи новите и по-добри решения
- Стратегическото планиране лимитира иновациите чрез проектиране на миналото в бъдещето
- Стратегическото планиране ограничава ученето, тъй като това е извинение за бездействие
- Когато ресурсите са разположени на базата на план, а не на базата на очевидното представяне, стратегическото планиране подканя мениджърите да играят игри.
- Стратегическото планиране води до структурни, а не до поведенчески решения.

Една от причините защо все още стратегическото планиране все още задръства управлението на организациите, е че все още много мениджъри смятат, че няма или не познават жизнена алтернатива. Затова попаднахме и в кризата. Мениджърите преди кризата все още приемаха, че да правят планове, дори и неадекватни е все пак нещо в сравнение с нищо. Типичните реакции бяха? А как иначе бихме управлявали нашата организация?, Как ще определяме насоките и целите? Как да управляваме безопасно нашите организации през нестабилните морета на промените? Тези които се осланяха на стария модус на стратегическо планиране загубиха много по време на кризата и трудно ще наваксат.

Ние считаме, че планирането в реално време и мениджмънта в реално време дава ръководството и посоката която мениджърите търсят, и че то

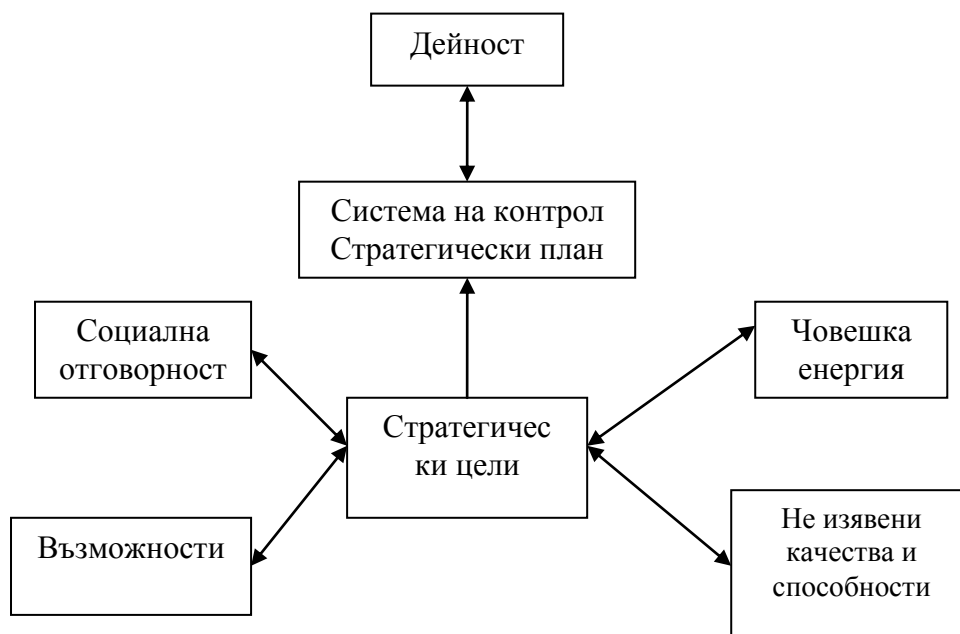
дава отговор на всички повдигнати въпроси около стратегическото планиране. Поради факта, че планирането и мениджмънта е в реално време промоцира флексибилност и ориентирани към действието отговори. Чрез лансирането на високо фреквентни стратегически атаки в рамките на добре дефинираната стратегическа посока, води до високо разрядни фокусирани иновации. Високо фреквентните (с ниско въздействие) стратегически атаки са също и по честни, тъй като индивидите и екипите доказват стойността на идеите си чрез действията си, а не чрез изработени планове, които може и да не могат да достигнат поставените им цели. Планирането в реално време и мениджмънт са екипно ориентирани, а не на базата на процеса от горе надолу, и притежават вградена склонност към поведнчески решения. Дори повече планирането в реално време и мениджмънт има по-атракативни атрибути:

- Отговарят на нуждите на новият икономически ред
- Промоцира овластяването на индивидите и екипите
- Съответства на преместването от рутинна към не рутинна организационна работа.

Планирането в реално време и мениджмънт преуспява в бизнес средата, където стратегическото планиране и мениджмънт се провалят.

На фиг 15 е представен схематично моделът на стратегическото планиране,

Фиг. 15. Схематичен модел на стратегическо планиране и мениджмънт по Пери, Скот и Смолууд



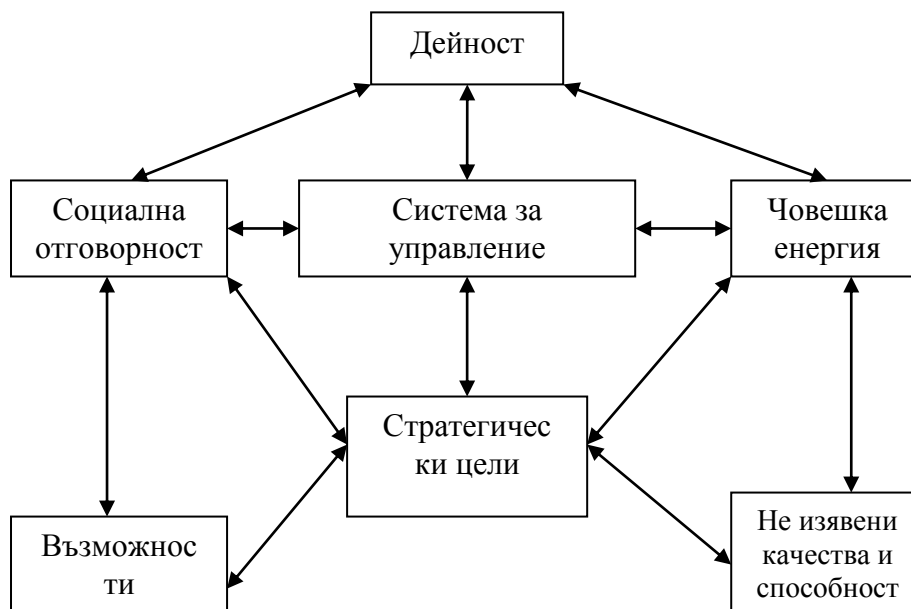
а на фиг.16 е представен схематично моделът на планиране в реално време или стратегическо импровизиране. С това ние се опитваме да покажем

нагледно каква е разликата по между тези два модела на управление в лечебно заведение за болнична помощ.

И двата модела са със сходни схематични блокове - а именно човешкият капацитет на болницата, качествата и способностите, възможностите и социалните отговорности.

Стратегическите цели се обединяват за да се оформи планът, който е центърът на системата за контрол при стратегическото планиране. Очевидните разлики между двете фигури са явни въпреки сходната им блокова схема. Първата разлика е в два пъти по-малкото взаимовръзки при стратегическото импровизиране (24 спрямо 11). Процесът схематично представен по-горе показва почти стъпаловидната логика на стратегическото мислене, докато моделът на планиране в реално време или стратегически импровизиране показва процесът на образно казано затягане на гайките и болтовете, за да държат здраво колелото на колата, тоест на базата на информацията в реално време, болничният мениджър натяга един фактор, толкова, колкото счита, че е необходимо, после се премества на друг фактор, след като натегне втори или трети, мениджърът анализирайки ситуацията в реално време може да се върне към първият и така нататък.

Фиг.16. Схематичен модел на планиране в реално време или стратегическо импровизиране по Пери, Скот и Смолууд



Втората разлика по между двата дискутирани и схематично описани модела е свързана с действието, което настъпва. Докато при стратегическото импровизиране действието е издърпано повече към сърцевината на интерактивните връзки, което води до получаването на постоянен поток от мислене и действие. В противовес стратегическото

планиране включва в себе си серии от спирания и стартирания на действието, тоест планирането спира, когато започва действието и стартира отново, когато действието е свършило и има нужда от нов план.

Третата разлика е че в центъра на схемата при стратегическото планиране е системата на контрол, докато при стратегическото импровизиране е системата на управление. При системата на контрол мениджмънта и планировчиците очакват хората да разхвърлят техните планове, като се опитват всеки път да регулират поведението на хората. Те не само искат да контролират какво вършат хората, но и кога и как го вършат. Докато системата за управление при стратегическото импровизиране включва в себе си повече интерактивен десижън мейкинг, при който топ мениджмънта предоставя на хората и екипите, главни насоки, които да прилагат и по този начин да вземат екипни решения.

7. Обобщение на планирането в реално време

Стратегическото планиране е с централизиран контрол (от горе надолу), с предварително зададени параметри, със сериозни инвестиции на ресурси и време (ниска фреквентност, висок ефект). При планирането в реално време (стратегическо импровизиране) планирането са събития на база екип, високо фреквентни и са в реално време, обикновено с ниски инвестиции във време и ресурси .

Стратегическото планиране, както вече отбелязахме е с предварително зададени параметри, където всичко зависи от плана и той е определил ролята на всеки индивидуален участник в действието, като му е определил детайлизираните инструкции. При планирането в реално време обикновено бизнеса определя стратегическата посока за направляване на стратегическото импровизиране. То осигуряващ минималните критични спецификации – стратегическата посоката на действие, ключовата и основната форма – стратегията и тактиката за постигането ѝ от отделните екипи. Стратегическата посока показва на бизнеса само на къде да върви, а не как да стигне там.

Планирането в реално време или стратегическото импровизиране не е оксиморон. Опитата ни разкрива две общи концептуални неразбирания относно стратегическото планиране.

1. Повечето мениджъри мислят за себе си като за разсъдливи систематични планировчици, а не импровизатори. Тук следва да напомним, че мениджърите винаги импровизират за маловажните неща в работата си и че имиджа на рационалния мениджър е продукт в резултат на опитите на поколения учени по мениджмънт да рационализират работата му. Реалните факти са че лимитираното планиране, което извършват мениджърите е пълно в контекста на ежедневните дейности. Мениджърите са ориентирани към действието и те не обичат разсъдъчните дейности. Мениджърите реагират в реално време на стимулите, предпочитайки да действат, отколкото да отлагат действието.

2. Опитът предполага, че стратегията и импровизацията са фундаментално не съвместими т.е. че стратегическото импровизиране е оксиморон.

Стратегията предполага за повечето хора йерархичен (от - горе надолу), планиран и контролиран подход за мениджмънт, но импровизирането не е класически не стратегически отговор. Импровизирането включва свободата, упражнявана във формата, а не в ограничената свобода.

Стратегическото импровизиране не е оксиморон. Вместо това то е процес, при който една стратегическа посока дава лимитираната форма, необходима за импровизацията на база екипност. Стратегическото импровизиране промоцира високо фреквентни с нисък ефект стратегически идеи, които са много по-ефективни отколкото ниско честотното с висок ефект стратегическо планиране за опознаване на бързо променящата се бизнес среда. Отчитайки не предсказуемостта на днешната глобална икономика, стратегическото импровизиране е все повече желана алтернатива в реално време на предварително зареденото стратегическо мислене.

Основните разлики между организациите, практикуващи стратегическо импровизиране и организациите, практикуващи стратегическо планиране са, че стратегическите импровизатори са повече като брой участващи и са по-отговорни, както и че повече имат латерални комуникации, отколкото стратегическите планировчици, тъй като планирането в реално време има делегиране на права и отговорности на сформирания екип.

Мениджмънтът на Пета МБАЛ София ЕАД, реализирайки първите сигнали за настъпващата икономическа криза и в по-малка степен финансова в България през последното тримесечие на 2008 година, когато икономическите индикатори загатваха за започването на кризата, както и предупрежденията на водещи български икономисти за угрозата, която настъпва и противопоставяйки се на официалните твърдения на тогавашното правителство, че криза няма или ако има тя е глобална, тя ще ни подмине, взехме решение за икономическа и организационна промяна с цел по-нататъшно повишаване на качеството на предлагания от Пета МБАЛ продукт, чрез оптимизиране и по възможност увеличаване на приходите, промяна от модела на стратегическо планиране и мениджмънт към планиране в реално време (стратегическо импровизиране) и мениджмънт с оптимизиране и намаляване на разходите като подготовка на болницата за справяне на кризата с презумпцията, че ще се запазят само тези болници, които са подготвени за кризата и ще ни позволи да увеличим пазарният си дял след кризата, като ни направи по-конкурентно способни в периода след нея. Ние заложихме прогнозата, че кризата не само ще ни застигне, но ще бъде и доста по-тежка за нас, тъй като икономиката ни буксуваше и вървеше на заден ход. Още повече бясното харчене на излишък в бюджета на Републиката в края на 2008 г., респективно и на

бюджета на касата, като нарастващите разходи за здравеопазване, нарастващите хоспитализации, обособени или не обособени, тогава се приемаха за положителна страна, без да се отчита резултатът от лечението, нито пък качеството на извършената услуга. Същото продължи и през 2009 година и едва след втората половина на 2009 г., нещата станаха, болезнено ясни и че бюджета е изцяло провален и се очакват драстични мерки за намаляване на вредите от това, като тук се включиха и драконовските мерки по отношение на бюджета за здравеопазване особено за болничното помощ, респективно на НЗОК, предприетите промени в края на 2009 г в ЗЗО, и рестрикциите с новия рамков договор 2010 г. за болниците, не отговарящи на заложените критерии в него. Това засегна около 20 малки общински болници, които нямаха нужното ресурсния човешки капацитет, нито материалната база и условия за покриване на стандартите за добра медицинска практика и алгоритмите на клиничните пътеки.

За да се справим адекватно с тези процеси ние мениджмънта на Пета МБАЛ София ЕАД, предприехме промяна на начина на управление на болницата – от стратегическо планиране и мениджмънт (фиг 17), към планиране в реално време (стратегическо импровизиране) и мениджмънт (фиг. 18), като по този начин се подготвихме за по-лесно понасяне на ударите и последствията на икономическата и финансова криза. Разбира се ние се водихме от разбирането за промяната, че тя е емоционално пътуване със своите спадове и възходи, като в същото време тя е добре структуриран процес, който може да бъде управляван и това се случи при нас.

Разбира се ние разбрахме ,че успешната реализация на промяната се базира на:

1. внимателната подготовка, която ние извършихме много острожно и пунктуално
2. създадохме и изпълняваме конкретен план с ясни времеви срокове и ясно комуницирани отговорности
3. последователно и методично го изпълняваме

Ние създадохме на първия етап дневния ред на промяната, като аргументирахме промяната, формулирахме ясно визията, мисията стратегията, културата на поведение, както и осигуряването на синхрон в действията и ангажимента на лидерите, които определихме предварително. Стриктно уточнихме човешките, оперативните и финансовите параметри на промяната. Определихме финансова рамка от 100 000 лева за края на 2008 г. и 2009 г., като предвидихме още толкова за следващите две години, необходима за промяната, като тук се включиха разходи за обучение и коучинг, определихме и буфера за посрещане на разходите за новия тип на заплащане, а именно, освен основната заплата и добавките по КТ и евентуалното допълнително материално стимулиране. Ние заложихме в

новия вид заплащане на служителите си стимули, за степен на образование, за всички категории персонал, постоянно заплащане според отработените дни на всеки в отделенията с по-голяма тежест и жизнено важни за генериране на приходите на болницата , като ОАИЛ, нервно съдов сектор, интензивен сектор на отделението по кардиология, където се стимулираха всички участници в лечебно диагностичният процес, докато в оперативният блок поощрихме операционните сестри, където имахме сериозен недостиг) и санитарите в операционна зона.

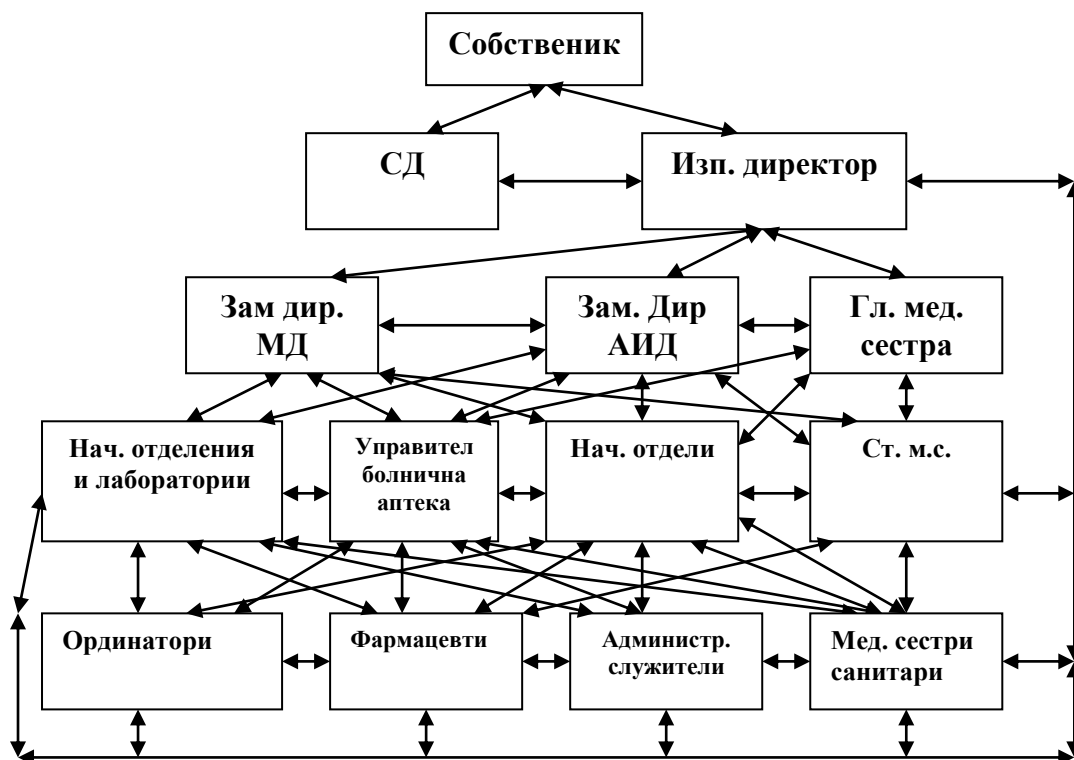
Фиг. 17. Структура на управлението на Пета МБАЛ при стратегическо планиране и мениджмънт



Определихме за всички отделения стимул за заплащане на 70% от получената сума от пациенти лекувани или прегледани срещу заплащане по тяхно желание. Тази сума се разпределя от съответното ниво оперативен мениджмънт –началник на отделение със старшата медицинска сестра, на база участие и принос. Това плащане е непостоянно. Другото не постоянно плащане е за допълнително материално стимулиране и зависи изцяло от оперативният мениджмънт, тоест екипите и е в зависимост от нивото на приходите и формиране на положителен резултат след приспадане на всички разходи. Оперативните разходи, медикаментите и ФРЗ се изчисляваха в реално време от болничната ни информационна система и всеки началник отделение и старша медицинска сестра в реално време има информация, какво е свършено и какво очакваме да получим като приходи, при положение, че са спазени всички изисквания и алгоритми. По отношение на непреките разходи изработихме формула за отчитането им след края на всеки месец и разпределение на сумите по съответните звена. По отношение на административният персонал

изработихме методика, по която при участие в подпомагането на лечебно диагностичните звена получаваха малък стимул. Отделенията, които не генерират положителен резултат се лишени от тези стимули и получават само основните си възнаграждения и предвидените по КТ задължителни доплащания.

Фиг.18. Структура на управление на Пета МБАЛ при планиране в реално време (стратегическо импровизиране) и мениджмънт



Освен материалните стимули за добре представящите се и подпомагащи болницата в постигане на нейните цели в зададената посока, установихме, че от задължителното застраховане на служителите, което правим ежегодно срещу искове на трети лица (пациенти), ги застраховахме на по-високи нива със съответната премия. Също така основно за медицинските сестри поради наличие на съществена празнота в образованието им, подпомогнахме само тези, които добре се представят в тяхното след дипломно обучение както финансово, така и с административни методи - отпуска. Друг стимул за добре представящите се членове на екипите бе стимулиране с допълнителен платен отпуск до 7 дни в зависимост от резултатите. Този допълнителен отпуск е на годишна база и при незадоволителни или лоши резултати отпада, както и другите стимули, които също са на годишна база.

На вторият етап ние мобилизирахме болницата за извършването на промяната, чрез подготовка на лидерите, при нашия случай съвпадащи с началниците на отделения и малка част от старшите медицински сестри, създадохме управление с хора и групи от целия екип, които движеха и

движат промяната понастоящем, опитахме се да ги вдъхновим и считаме на базата на постигнатите резултати, че успяхме, като комуникирахме открито целите и задачите на промяната, акцентирахме на чувствителните области за гордост на персонала, че работи в тази болница и участва в тази промяна с много, точно и ясно комуникиране на целите, стратегиите, очакваните резултати. Разбира се имаше и опозиция, тъй като болницата по своята същност е ригидна, което е и предпазен механизъм срещу не обосновани и рисковани сътресения, същото се отнася и за болничния персонал, както и за заобикалящата среда на болницата. Разбира се този отпор се дължеше и на ниското равнище на социален капитал (концепция изказана за първи път от политолога Едуард Банфилд в книгата си „Моралната основа на едно изостанали общество” в много далечната 1958г в проучването си на социалната психология на Южна Италия, като доказва, че с неспособността на жителите ѝ да действат заедно за общото си благо за да излязат извън тесните интереси на собствените си семейства, води до изостаналостта на Южна Италия), тост все още голяма част от персонала ни не надживява тесните си интереси.

В самото начало до получаване на първите резултати, бе най-тежко, след това нещата тръгнаха в очакваното русло. В този период ние синхронизирахме, когато е необходимо организационния модел и отчетността, приспособихме инфраструктурата и управлението с ориентация за добро представяне и изпълнение на поставените цели, разбира се обвързахме конкретните ангажименти и инициативи в наречени от нас пътни карти. Проследявахме и проследяваме и в момента инициативите, които предприемаме, както и програмите които създавахме на базата на дисциплина и възискателност.

Дадохме и продължаваме да даваме на мениджмънта яснота за очакваните финансови резултати – снижаване на загубите, наследени от минали години- от загуба от 775 000 лева в края на 2008г. до намаляването на генерирането на загуба до 386 000лв през 2009 и в перспектива до спиране на генериране на загуба през 2012 година.

Разбира се благодарение на промяната предприета от нас доходите нараснаха със средно 20% през края на 2008г и цялата 2009г, независимо от настъпилата криза, което бе положителен сигнал за персонала и пресече изтичането му в големи размери, към други структури от болничната помощ (университетски, частни болници) към лечебни заведения на други страни членки и другаде. Това привлече и човешки ресурс от вън за болницата и въпреки острата криза на лекари с определени специалности цитирани по-горе в разработката и липсата на медицински сестри на пазара в България, болницата съумява да запази работната си сила и да е добре екипирана с подготвен персонал. Разбира се ние също не се различаваме от това което става по света в България, Европа, Америка и Австралия – персонала застарява, липсва младо попълнение, пренасочване на

медицинските сестри към друго поприще, имиграцията им, считането на професията като не привлекателна, грешките в планирането на нужния брой лекари и сестри за подмяна на поколенията. Хубавото на кризата е че част от тези фактори се обръщат в полза на болниците, и в частност на Пета МБАЛ, като например, доста сестри вече се завръщат от имиграцията им в страни с по-високи материални стимули, поради съкращаването на чуждестранната работна сила в съответната държава и протекционистката политика спрямо собствената сила. От друга страна рецесията доведе до свиване на икономиката и много от медицинския персонал пренасочил се на друго поприще, започна да се завръща, поради стагнацията в тези сектори. Независимо от факта, че сме във финансова и икономическа криза и принудата ни да съкратим или отложим разходите си за ИТ, основно чрез СО, ние все пак се концентрирахме върху тях, тъй като споделяме виждането, че те способстват в реално време да снижим разходите на болницата, да увеличим или запазим уредна на приходите си, постоянно да повишаваме качеството на предлаганата от нас услуга и така да подобрим конкурентоспособността си. С тази цел предвид ние се фокусирахме и върху трудовата ни сила - човешкият ресурс, интеграцията на лекарите, методите на заплащане, информационните технологии и планирането на капитала.

Въпреки настъпилата криза ние структурирахме текущото знание с цел постоянно учение в болницата за всички категории персонал. Не правим резки промени във финансовия отдел особено във висшите етажи на финансовия мениджмънт на болницата с разбирането, че такава промяна е много финансово ресурсноемка, както и наличието на малък брой подходящи квалифицирани лица, готови да се заемат с такива предизвикателства като финансовия мениджмънт на болница за активно лечение и в частност Пета МБАЛ. Това ни накара да проучим и използваме максимално способностите на болничния персонал за промяната, като там където установихме малки пропуски, ги наваксахме със съответното обучение. Разбира се поставихме и акцент върху постоянното повишаване на квалификацията на персонала, за задоволяване на предизвикателствата от развитието на медицинската наука и навлизането на добрите практики на медицинската технология, включително и ИТ.

Как го постигаме това? На първо място чрез общуването – стратегически и с постоянство (нещо което не е много популярно сред мениджърите на болници у нас), като изграждаме, наблюдаваме и приспособяваме комуникационната си стратегия. Формулирахме посланията си според конкретните нужди на всяко звено, след обстойното им проучване от нас преди това, определихме рисковете (също нещо не типично за нашите болнични мениджъри) на конкретните адресати. Опитахме се да подготвим нашите мениджъри на второ и трето ниво да бъдат ефективни комуникатори, което в интерес на истината бе много

трудно, поради наслояванията през годините на негативни тенденции за непрозрачност и криене на това което правим.

Това което най-много ни ангажираше вниманието и усилията ни бе как да не се провалим, защото такова начинание лесно се проваля поради:

- статистическите данни от проучвания на промяната показват много категорично, че само 20% от всички промени в организацията са успешни

- съобразихме се с известните 10 причини в пространството да не провалим, като избегнем тези причини или минимизираме риска от тяхното негативно действия и воденето до провал, които са:

1. Лош старт. Промяната може да се препъне още в самото начало, когато е подготвена особено от некомпетентни съветници. Затова ние много внимателно проучихме проблема и го избягнахме благодарение на нашата подготовка като изпълнителен директор и човека вземащ решения, като се оказа на база на нашите резултати, че сме добре подготвени и убедени в това което искаме да направим, как да го постигнем, как да го комуникираме, как да го контролираме и така нататък.

- Промяната е въведена прибързано – убедихме се, се че настина е точното време и място на желаната от нас промяна, както по отношение на заобикалящата не среда (икономическа и финансова криза), както и че състоянието на законодателната рамка, го позволява, така че и взаимоотношенията между заинтересованите играчи има нужда от това и ще го приеме добре.

- Промяната се въвежда с недостатъчна ангажираност – особено опасно при липса на мотивация от хората които ще движат промяната, тяхната не заинтересованост, не мотивираност или пък нежелание. Сериозен проблем имахме с това и ни отне доста ресурс да започнем да го преодоляваме

- Провалът на старта е убийствен за доверието към мениджмънта. Затова се убедихме предварително, че мениджърите на болница са абсолютно убедени в това което вършат, че ще имат куража и смелостта, разбира се с подкрепата на собственика СО, СД и ние като изпълнителен директор. Ние делегирахме много права, но и търсихме отговорност, базирайки се на концепцията за планиране и мениджмънт в реално време.

2. Промяната е въпрос на избор. Ние изпратихме следното съобщение : **Промяната не е въпрос на избор.** Това направихме, като отчитаме опита у нас и в чужбина, че ако използваме послания от типа: Ние бихме желали да направим промяна. Умоляваме Ви да се промените, Апелираме да се промените, Моля променете се и така нататък., ще се провалим. Ние се водихме от разбирането, че когато хората имат възможност или право на избор дали да се променят, те не се променят,

тоест остават в своето ниво на спокойствие и предпочитат да не се затормозяват с промени. Но ако няма промени, няма и прогрес, а още как ще разберат тези хора, какво става извън тяхното ниво на комфорт, и факта, че всеки се стреми да получи повишение в службата и съответно да промени качеството си на живот, затова, ако го желаеш, следва да се променяш. Това не следва да се приема за командно административен подход, а напротив, следва да се приема за демократичен, тъй като самата същност на човека, го прави трудно податлив за промяна. Като пример може да се посочи навсякъде, където инициативността и желанието за промяна води да много добри резултати и обратното, не желанието или страха от промяната води до кретането на опашката за каквото и да било.

3. Фокусът е само върху процеса –тук действието придобива по-голяма значимост от резултатите. Ние се опитваме да докажем на нашите лидери, че те могат така да се задълбочат върху планирането и управлението на процеса, че да не забележат липсата на видими резултати. В този аспект за да избегнем това ние създадохме една малка група от хора , основно мениджъри на второ нива и частично на трето ниво, които бяха ангажирани с контрола на тази причина, както и на следващата.

4. Фокусът е само върху резултатите - тази грешка се базира на популярната максима, че целта оправдава средствата и че болничният мениджмънт подценява или направо игнорира човешката страна на промяната. Тази нечувствителност към човешките емоции не само пречи на промяната, но и руши морала и лоялността на хората към болницата.

5. В процесът на промяна не се включват онези лица от които се очаква да я реализират. Ние решихме, че работещите в болницата следва според нас да участват по два начина – първо техните предложения трябва обезателно да бъдат поискани още по време на планирането на промяната и второ, след като планът се изготви, те трябва задължително да бъдат включени в определянето на начините и пътищата за реализацията му. Тук посланието ни бе: Ето това и това трябва да се случи, как според Вас следва да бъде направено най-добре?

6. Промяната се делегира на външни хора. Ние считаме, че промяната си е наша вътрешна работа за болницата и външните за болницата хора като консултантите, които могат да дадат много ценни съвети и идеи, може да се вземат само като мнение, а вътрешните за болницата хора трябва да поемат отговорността за промяната и ние като мениджмънт направихме това.

7. Системата за възнаграждения остава не променена. Водихме се от разбирането, че е особено опасно ако след промяната възнаграждението остане на същите равнища от преди, хората автоматично ще продължават да дават толкова, колкото са давали и преди, дори може и по-малко. Тук отново припомним популярната максима работя толкова колкото ми плащат. Затова ние приспособихме системата

на заплащане на възнагражденията, така, че я обвързахме с призиванието към желаната промяна и разбира се резултатите, като въведохме правопрпорционална зависимост от постигнатото, а тези които не показват резултати останаха на базовите нива , без стимули. Това ние описахме по-горе в по-големи детайли.

8. Думите и действията на мениджмънта се разминават. Ние считаме и приемаме, че трябва да се ангажират с участие всички от колектива за да се случи промяната. Разбира се ние като топ мениджмънт направихме първите видими и прозрачни стъпки за това. Ние демонстрирахме, а и изповядваме нашата същата загриженост и участие, каквато се очаква от подчинените. Преди всичко примера. Ние показахме на хората си, че също като тях сме нормални и естествени хора, с нашите успехи, грешки, желаниа и така нататък, като им дадохме сигнали, че ако искаме да успее, трябва да сме заедно и да преодолеем нашите частни интереси и следва да се обединим за постигане на нашите цели.

9. Обемът на промяната е неподходящ. Ние съобразихме обемът с възможностите на нашата болница, като се опитахме нито да подценим, нито да надценим нашите възможности. Водехме се от разбирането, че промяната не ще има успех, ако е твърде голяма за да бъде постижима или твърде малка за да бъде възприета като съществена от участващия болничен персонал в нея. Същото се отнася и за това, че като всяка добра цел програмата не следва да е нито твърде лесна, нито твърде трудна за изпълнение и прилагане.

10.Промяната не се довежда край. Ние считаме, че и най добрият и гениален план е безсмислен, ако не се реализира, контролира и доведе до край. Следва да отбележим, че ние тук обърнахме особено внимание на отговорностите на всеки, като ясно ги дефинирахме, така, че процесът на промяна да бъде навременен, дълбок и устойчив, също така потвърдихме по най-категоричен начин, че ще стимулираме тези, които са съпричастни на промяната и се справят от много добре нагоре.

На табл.11 показваме нашите резултати получени вследствие стартиране на промяната в Пета МБАЛ София ЕАД

Таблица 11 постигнати резултати на база промяна в концепцията на мениджмънта

Показател	2008г.	2009г.	Промяна
Бр. преминали болни	16676	18233	↑ 9.5 %
Използваемост	76.1 %	81.7 %	↑ 6.9 %
Оборот	40.9	43	↑ 4.9 %
Болничен леталитет	2.2	2.3	↑ 0.1
Ср. Годишен бр. легла	416	432	↑ 16 легла
Ст. на 1 легло	29081.1 лв	29809.1 лв.	↑ 728 лв.
Ст. на 1 леглоден	104.61 лв.	99.94 лв.	↓ 4.67 лв.
Ст. на 1 премин. болен	711.5 лв.	693.19лв	↓ 18.31 лв.
Ст. на 1 лек.ден +конс	26.52 лв.	14.40лв	↓ 12.12 лв.
Ст. на 1 храноден	2.61 лв.	2.85 лв.	↑ 0.24 лв.
Приходи	11 098 259 лв.	12 355 281 лв.	↑ 1 257 022 лв.
Разходи	11 873 724 лв.	12 685 498 лв.	↑ 811 744 лв.

Финансов резултат	- 775 000лв	- 330 000 лв.	↓ - 445 000
Ср. Работна заплата	485 лв.	655 лв.	↑ 26%

Тези резултати затвърждават нашето решение за промяна на мениджмънта от стратегическо планиране и мениджмънт, към планиране в реално време и мениджмънт. Увеличението на стойността на 1 легло, както и на храноденят се дължи на увеличението на енергоносителите, отразяващи се в не преките ни разходи, а за храноденят, увеличението се дължи на увеличените цени на продуктите, било от енергоносителите, било от производителите на храни. Намалението, което ние постигнахме в нашите преки разходи, в едно с увеличените приходи намалиха счетоводната ни загуба и потвърдиха нашите прогнози за възможна най-ниска счетоводна загуба през 2012 година и елиминирането ѝ през 2013 година. Разбира се това ще намали само общата счетоводна загуба натрупана през годините.

Това ние постигнахме основно с Промяна в:

- Мениджмънта
- Оптимизиране на разходите
- Увеличаване на приходите
- Диференцирано заплащане на служителите
- Собствена инвестиция в персонала
- Балансирана инвестиционна политика благодарение на принципала СОС и СО

Процесът на промяната не е завършил, още е в ход. Получените резултатите са окуражаващи. Затова считаме, че предприетата промяна си е заслужавала и не се е провалила.

Глава V – ИКОНОМИЧЕСКИ МОДЕЛ ЗА ЕФЕКТИВНО ИКОНОМИЧЕСКО УПРАВЛЕНИЕ НА МБАЛ В УСЛОВИЯ НА КРИЗА

Ефективното управление на МБАЛ представлява сериозно предизвикателство пред мениджмънта на всяка една болница. На базата на нашият опит от Пета МБАЛ София ЕАД, литературният обзор и постигнатите резултати предлагаме следният модел за ефективно икономическо управление на МБАЛ по време на криза, показан на фиг. 19.

Моделът включва:

1. Дефиниране на четири нива за планиране и действие:
 - топ мениджърското ниво, състоящо се от СД и Изпълнителен директор
 - мениджърско ниво, състоящо се от двама заместник директори, съответно по медицинската и икономическата част главна медицинска сестра
 - оперативно ниво на мениджмънт – началници на отделения и старши медицински сестри и началници на отдели в администрацията
 - изпълнителско ниво – редовите служители на болницата
2. Дефиниране на визия, мисия, цели, стратегия, тактика за реализирането, оценката на риска, оценка и анализ на резултатите и стимули при постигането им с концепцията за планиране в реално време (стратегическо импровизиране) и мениджмънт
3. Упълномощаване на персонала за участие в планирането в реално време и самоуправление в съответният екип, за решаване на поставените цели дискутирани и приети както на най-високото ниво, така и представени пред целия персонал
4. Определяне на източниците на приходи и размера им с презумпцията, за растеж максимум до 4-5 % в периоди извън криза, и на минимален растеж от 1-2 % по време на криза, със евентуални сценарии за стационаране на размера на приходите и в най-лош вариант намалението им.
5. Определяне на медицински показатели които следва да се увеличат за да се постигне целта, брой преминали болни, брой проведени легло дни, използваемост, оборот на леглата, средна продължителност на престоя, предоперативен престой, и намаление или стационаране на болничният леталитет.
6. Определяне на пътищата за намаляване на разходите, за преките разходи, до достигане на разумни медицински оправдани ниски нива без застрашаване или влошаване на качеството на предлаганата услуга. Намаляване на разходите за 1 преминал болен, за 1 лекарство ден, за 1 легло, за 1 храноден. За не преките разходи вменяване на отговорност на всички и медицинският персонал и пациенти.

Фиг. 19. Схематичен модел за ефективно управление на МБАЛ по време на криза



7. Определяне на разходите за ФРЗ с осигуровките на до 60% от общи приходи, залагане на до 5% от общите приходи за стимули, залагане на 23% за преки разходи и 12% за не преки разходи.
8. Определяне на отговорностите за постигане на заложените параметри за медико статистическите и икономически показатели отговорността е на болничният персонал, а за непреките са както на болничният персонал, така и на пациентите.
9. Определяне на материални и не материални стимули. Не материалните стимули включват, допълнително по-високо ниво на задължителната застраховка на персонала, срещу искове на трети лица (пациенти) за тези лица от персонала, които се представя много добре. За тези лица също определяне и на допълнителен платен отпуск (до 7 дни при нас), пак в зависимост от представянето. Материалните стимули са към работната заплата и задължителните доплащания по КТ, и включват по нашият опит – заплащане за образователен ценз и титла(постоянно плащане), за работа в определени по-тежки звена (ОАИЛ интензивни сектори) вариабилно според отработените дни, ДМС вариабилно, според резултатите на отделението, и до 70% от приходите за платени пациенти, за лицата грижили се за тези пациенти, като в малък процент участва и персонала не пряко свързан с лечебно диагностичният процес.

Изводи и препоръки

Изводи:

На базата на направения от нас литературен обзор и резултатите от нашето проучване можем да изведем следните изводи:

а. Общи за системата на здравеопазване

б. Частни за МБАЛ

а. Общи за системата на здравеопазване

- Финансирането на болничното здравеопазване в Република България има спешна нужда от ефективна и ефикасна система на заплащане на болничният продукт, базираща се както на наличните, така и на възможните финансови ресурси.

- Монополът на НЗОК трябва да бъде премахнат, като даде възможност на доброволните здравно осигурителни дружества да оперират на болничният пазар

- Дуалистичното заплащането по клинични пътеки, с глобален бюджет (наречен от НЗОК делегиран), ограничава и затруднява достъпа на пациентите до болнична помощ и по никакъв начин не решава проблема на фактора тежест на заболяването, води до псевдо активност от свръх и не нужни хоспитализации за болниците, които като резултат не правилно преразпределят ограниченият и без това ресурс на НЗОК в кризата и изкривяват заболяемостта и медицинската статистика.

- Държавата в лицето на Министерството на здравеопазването се оттегля от своите задължения предвидени по Закона за здравето и ги делегира на болниците и в бъдеще на НЗОК (хемодиализа, онкоболни), както и дискриминира, чрез своите методики за заплащане на медицински дейности, достъпа на общинските и други не държавни болници до ресурса в МЗ

- Икономическата и финансова криза предизвика голяма вълна от лица не плащащи здравните си осигуровки (около 1 250 000 лица, което е близо 40% от трудоспособното ни население) и намалява приходите от вноски за НЗОК и подкопава солидарността на здравното осигуряване.

- Поради осезаемото застаряване на населението, все повече става ясно, че системата на здравеопазването ни, има спешна нужда от лечебни заведения за долекуване, рехабилитация, за палеативни грижи и хосписи.

- Липсва ефективна интегрирана информационна система в реално време за свързване на доставчиците, купувачите, получателите и регулаторите на здравна услуга

- Липсват стимули за подобряване на качеството на болничната услуга

б. Частни за болниците

- Все още особено в условия на криза в голяма степен се използва

старият и вече на много места отхвърлен метод на стратегическото планиране и мениджмънт в болничната помощ, който по своята същност е ригиден, отгоре наду, ограничаващ изпълнителите и оперативният мениджмънт в своите действия и се явява спънка за болничните мениджъри да реагират адекватно на бърдо променящата се действителност и глобална икономика, което се доказва с икономическата и финансова криза глобално и у нас

- Проучването ни показва, че в по-голямата си част (> 85%) мениджърите на МБАЛ, се страхуват да се обърнат към нови работещи алтернативи на стратегическият мениджмънт, а именно планирането в реално време, поради непознаването му, или от страх към непознатото и излизане от състоянието си на вътрешно спокойствие.

- Много малко болничните мениджъри (< 15%) обръщат внимание на работната сила, методът на заплащане, ИКТ и планирането на финансите на болницата, като съществени елементи във финансовия мениджмънт на съответната болница. Много голяма част от мениджърите предпочитат само администрирането на финансите, без да се опитват да въвеждат нови съвременни финансови практики, доказали се в Европейския съюз.

- Методът на планиране в реално време или стратегическо импровизиране, както и мениджмънта в реално време осигурява флексибилност, на базата на екипност, чрез широко разпространение в цялата организация на стратегическата отговорност, поставя ударението върху предоставянето на стратегически инструменти в ръцете на само направляващи се членове на екипите и промоцира действия на база екипност и познание които подпомагат стратегическите цели.

- Стратегията в реално време обновява стратегическото мислене чрез инкорпориране на информационно комуникативните технологии в реално време в контекста на стратегията

- Този метод е по-ефективен от другите по следните минимум две причини: а) Предоставяне на инструменти които работят в ръцете на самоанправляващите се екипи, като б) показване на членовете на само направляващите се екипи как да се използват тези инструменти заедно като средство за импровизирането на операционните стратегии

- Стратегическите решения при планирането в реално време (стратегическото импровизиране) се вземат на всички организационни нива без изключение, включително и на топ мениджмънта.

Стратегическото импровизиране е екипно ориентирано, а не на подхода отгоре надолу както е при стратегическото планиране. Стратегическите отговорности са на екипа най-близо до действието. Подхода на стратегическото импровизиране е с висока честота с типично ниско въздействие, докато стратегическото планиране е чист подход от ниска честота и високо въздействие. Стратегическите импровизатори лансират

много стратегически идеи с надеждата да се постигне висок среден резултат сред таргетната група, докато стратегическите плановици агонизират над всяка стратегическа идея която лансират с надеждата да достигнат до малък брой от таргетната група. Най-важното е че стратегическите планове са предварително определени и съответно топ мениджъра първо планира и после действа. Стратегическото импровизиране възниква в реално време. Топ мениджърите действат преди да плануват, считайки че действието информира стратегическото мислене.

Препоръки:

Опирайки се на резултатите от проучването ни, основавайки се на опита който имаме и извършващата се в момента организационна промяна с положителни резултати в Пета МБАЛ София ЕАД препоръчваме следното:

- Да се разнообразят финансовите източници и въвеждане на законово доплащането от страна на пациентите.
- Монополната позиция на НЗОК като финансираща институция трябва да бъде премахната и да има други алтернативи, включително и частните здравно осигурителни фондове.
- Спешно следва да се разработят критерии за тежест на дадено заболяване и това да бъде отразено в новите класификации при въвеждането на ДСГ (а до тогава в алгоритмите на КП)
- Да се изгради интегрирана информационна система за опериране в реално време за всички участници в здравния процес.
- Собствениците на болници трябва да инвестират в болничните заведения, особено в ново оборудване включително и ИКТ и инфраструктура.
- Всяка болница следва да изработи свои собствени критерии за стимулиране на персонала, отчитайки и стимули за добро представяне.
- Въвеждането на нови методи на планиране и мениджмънт, какъвто е планирането в реално време (стратегическо импровизиране) и мениджмънт в реално време, при все че звучи лесно е едно от най-големите предизвикателства пред болничните мениджъри

За да е успешно преминаването от стратегическо планиране към планиране в реално време трябва да се изпълнят следните стъпки:

1. Осигуряване на подкрепа за идеята на всички нива, като се създаде чувство на спешност по отношение на идентифицирането на стратегически опции и да се преследват ключови инициативи, комуникирайки предизвикателствата на нуждата от промяна.
2. Позициониране на болницата като иноватор с дълготрайна мощ, фокусирайки инициативите за намаляване на разходите, едновременно с подобряване на качеството
3. Да се използват перспективни данни и пазарното

разузнаване

4. Трябва да се определят целите, стратегията и тактиката за постигането им със създаване на самонаправляващи се екипи и тяхното упълномощаване и представяне на целите както пред всеки екип така и пред цялата организация

5. Изготвяне на внимателен SWOT анализ, отчитайки външната (заплахи и възможности) и вътрешна (силни страни и слаби страни) среда.

6. Комуникиране надеждно до всички и с всички

7. Следене отблизо на разходите, очакваните приходи и качеството на медицинското обслужване.

ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯТ ТРУД

1. Кацаров В., Мениджмънт на работния потенциал в Пета МБАЛ – София – ЕАД в условията на икономическа и финансова криза, сп. Здравна политика и мениджмънт С. 2011, том 11, № 3, 55-59

2. Кацаров В., Проблемни аспекти във функционирането на болничната система и качеството на оказваните здравни грижи в България , Здравна политика и мениджмънт С. 2011, том 11, № 4, 60-64

3. Кацаров В., Мениджмънт на човешките ресурси в Пета МБАЛ – София – ЕАД в условията на финансова и икономическа криза, Здравна политика и мениджмънт, С., 2011, том 11, № 4, 6-10

4. Katarov, Vasko M., Ilieva, Hristina A., Efficient hospital management during financial and economic crisis, Journal of International Publications; Economy & Business Vol. 5, Part 3, 319-334, ISSN 1313-2555, 2011, European Commission, published at <http://www.science-journal.eu/economy/>, published by InfoInvest Ltd, www.sciencebg.net

5. Yaneva Romyana T., Katarov Vasko M., Application of the method of break-even points for optimizing the financial condition of hospital departments, Journal of International Publications; Economy & Business Vol. 5, Part 3, 248-254, ISSN 1313-2555, 2011, European Commission, published at <http://www.science-journal.eu/economy/>, published by InfoInvest Ltd, www.sciencebg.net

6. Yaneva Romyana T., Katarov Vasko M., Dynamics of basic planning indicators of the surgical wards at fifth Multiprofile Hospital for active treatment – Sofia AD, Scripta Scientifica Medica, vol. 43 (7), 2011, 195-198

Използвана литература

1. Балабанова, Д, Делчева Е, Цолова, Св., Анализ на политиката по отношение реформата в болничната помощ в България, 2005, София
2. Борисов В, Здравната реформа на кръстопът - хаос или мениджмънт. 2008, София
3. Борисов В, Окованият Хипократ - във веригите на клиничните пътеки, в-к Форум Медикус, 2009, бр. 25
4. Борисов, В. Здравен мениджмънт – новата азбука на здравния мениджмънт. 2009, 290 с.
5. Борисов, В. Стратегически здравен мениджмънт – философия и практика. 2006, 320 с.
6. Борисов В. Болницата на бъдещето – стратегически предизвикателства. - Здравен мениджмънт, 2006, 3.
7. Борисов, В., К. Цачев, Гл. Комитов, Стр. Генов. Управление на болнични ресурси. 2011, 320 с.
8. Воденичаров Ц., седемте разлики между медика и мениджъра. С. 2003
9. Воденичаров Ц. Десетте принципа на медика и мениджъра. София 2010, Симелпрес
10. Воденичаров Ц. Попова С. Медицинска етика. София 2006, Фалкор консулт ООД
11. Воденичаров Ц, Ст. Гладилев, К. Чамов, Д. Кръшков, Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване. С., сп. Здравен мениджмънт, 2005, бр. 2
12. Воденичаров Ц. и експертна група, Здравеопазване: Отговорност, свободен избор и солидарност, Кръгла маса на “Бъдещето на здравната реформа: Възможен ли е политически консенсус?”, Институт “Отворено общество”, Март, 2005.
13. Генов Г., Счетоводство на предприятието, Варна 1994.
14. Гладилев Ст., Икономическия начин на мислене в здравеопазването, сп. Здравен мениджмънт, бр. 4,5/2005
15. Гладилев Ст. Велева Н, Търсене и предлагане в здравеопазването: основни понятия и приложението им в условията на реформа на българското здравеопазване, Здравен мениджмънт, №1, 2005
16. Гладилев Ст. Е. Делчева, Икономика на Здравеопазването – Принцес, С. 2009
17. Давидов Б. Болнична икономика, изд. СУ „Св. Климент Охридски”, 2004
18. Давидов Б. Болничен продукт: измерители и подходи за определяне на разходите за него, Основи на болничното управление, Македония прес
19. Давидов, Б., Хр Грива, Метод: „Среден разход на диагноза, съдържание, резултати и възможности за практическо приложение”, 2000, НЦЗИ, МЗ, София
20. Делчева, Е. Съвременно развитие на кейс-микс подхода, в Кейс-микс новата посока на здравния мениджмънт, 1997, НЦЗИ, Бюлетин No 2, стр. 22. МЗ. София
21. Делчева, Е., Ваклинов, Й., Финансиране на болничната помощ чрез диагностично-свързани групи, Презентация, 5 национална конференция на тема „Информационните технологии и комуникации в здравеопазването предизвикателство на XXI век. Диагностично свързани групи – „за” и „против” –дискусия 15-10-2009
22. Делчева Е., Икономически параметри на съвременната здравна реформа, Икономически алтернативи №3, 2007, София
23. Диагностично свързани групи, www.nhif.bg
24. Димитров, Д. Ефективният болничен мениджър. 2010, 110 с.
25. Доклад за здравето на нацията в началото на 21 век: Анализ на провежданата реформа в здравеопазването. - София: МЗ, 2004. - 170 с.
26. Драгър П. Практика на мениджмънта, София, „Класика и стил”, 2004
27. Дурин С., Счетоводство на предприятието, трето издание, София, „Форком”, 1994.
28. Захов, Вл. Стратегии и модели за управление на човешките ресурси в лечебните заведения. 2010, 120 с.
29. Зортев, М. Проблеми на клиничните пътеки в дейността на МБАЛ. Дипломна работа ФОЗ, 2008, 52 с.
30. ЗЗО Закон за здравното осигуряване -Обн. ДВ. бр.70 от 19 Юни 1998г. и измененията
31. ЗЛЗ Закон за лечебните заведения, ДВ, бр. 62/99г. и измененията
32. ЗМСА Закон за местното самоуправление и администрация, Обн. ДВ бр. 77/1991г. и измененията
33. ЗСОЛС -Закон за съсловните организации на лекарите и стоматолозите – Обн., ДВ, бр. 83 от 21.07.1998 г. и измененията
34. Иванов Л. (отг. редактор), кейс-микс-ново направление в здравния

мениджмънт, Бюлетин на НЦОЗ, бр. 2, София, март 1997

35. Иванов Л., Е. Делчева, М. Попова, Т. Стоянова, Ефективно използване на болничните ресурси, сп. Социална медицина, 1999, бр. 4

36. Икономически анализ на дейността на лечебните заведения за болнична помощ в системата на общественото здравеопазване в Р България за периода 2001-2008, Бюлетин на НЦЗИ, С., 2009

37. Китов, Б., Болничен мениджмънт в: ново обществено здравеопазване, под редакцията на В. Борисов, Зл. Глутникова, Ц. Воденичаров, Акваграфикс, С., 2001

38. Конституция на Република България, Обнародвана, ДВ, бр. 56 от 13 юли 1991 г., изм. доп. ДВ бр. 85/2003 г.

39. Комитов. Гл., Генев Стр. (2011) Финансиране на болничната помощ в България: легенди и реалности, сп. Медицински меридиани, II, 2001, бр. 1 (4)

40. Комитов, Гл., Стр. Генев. Клиничните пътеки в българското здравеопазване – очаквания и реалности.- Медицински меридиани, 2010, 1, 18-24.

41. Комитов, Гл., Стр. Генев. Мениджмънт на ресурсите – приоритет на здравната реформа. 2010, 220 с.

42. Мак Нийли., М., Сун Дзъ и изкуството на войната в бизнеса, шест стратегически принципа за мениджъри –Локус пблишинг, С. 2010 VI-24, VI-25

43. Министерство на здравеопазването Заповед №18/20.06.2005г. за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения

44. Министерство на здравеопазването (2001) Национална здравна стратегия По-добро здраве за по-добро бъдеще., София

45. Министерство на здравеопазването (2002) Стратегия за реструктуриране на болничната помощ в България 2002-2006.

46. Министерство на здравеопазването (2004) Доклад за здравето на нацията в началото на 21 век. Анализ на здравната реформа. София.

47. Министерство на здравеопазването Наредба №49/2010 за устройството и дейността на лечебните заведения за болнична помощ, диспансерите и домовете за медико социални грижи.

48. Министерство на здравеопазването (2004-2010) Методика за субсидиране на Болниците

49. Министерство на здравеопазването – Наредба № 49/2010, с последно изменение за устройството и дейността на лечебните заведения за болнична помощ, диспансерите и домовете за медико-социални грижи

50. Министерство на здравеопазването – Наредба № 29, с последно изменение от 01.02.2007г. за устройството и дейността на лечебните заведения за болнична помощ, диспансерите и домовете за медико-социални грижи.

51. Мутафова, Е и колектив, Планиране и финансиране на болниците в болничен мениджмънт, НЦОЗ (2005

52. НСИ (2004-2010) Здравеопазване

53. НСИ Преброяване 2011

54. НСИ кратък справочник 2004-2010

55. НЦЗИ (2004-2010) – Здравни индикатори

56. НЦЗИ Икономическа информация в здравеопазването – (2004-2011)

57. Петрова Зл, Чамов К, Гладилев Ст, Качеството в здравеопазването Съвременни измерения и тенденции, Глава десета финансиране на болничната помощ, Хелт Медиа Груп, София, 2008

58. Петрова, Зл., К. Чамов, Ст. Гладилев. Качество в здравеопазването – съвременни измерения и тенденции. С., 2008, 270 с.

59. Попова М, Анализ на разходите на здравното заведение, Здравната реформа в България, втора част, Македония прес, 1998

60. Попов, М. & Големанова, Ж. Развитие на общинската здравна политика-актуална необходимост и възможни решения, в. Сб. Здравната реформа в България, II част, 1998, Издателство Македония прес, София.

61. Попов, М., Б. Давидов. Хуманизираната болница. 2004.

62. Ранчов Г. Теория на системите в управлението на здравеопазването, сп. Здравен мениджмънт, 2004, бр 2

63. Стоянова Т, А. Андреева, Остойносттаване на болничния продукт, Основи на болничното управление, Македония прес

64. Янева Р. Система за остойносттаване на болничните продукти, лечението на хоспитализираните болни в УМБАЛ „Царица Йоанна” ЕАД, Дисертация, София, 2006.

65. Aakvik, A and Holmas, T. (2004) The relationship between Economic conditions, Access to Health care and health outcomes, Working paper series No 61, Centre for Economic Studies in Social Insurance, Department of Economics, University of Bergen, Norway.
66. Aas, I. (1999) Organizational change: decentralization in hospitals, *International Journal of health planning and management*, vol. 12,
- Afford, C.W. (2003) Corrosive reform: Failing health systems in Eastern Europe, ILO, Geneva.
67. Balabanova, D. and McKee M. (2002) Access to health care in a system transition: the case of Bulgaria. *Int J Health Plann Mgmt*; 17(4)
68. Balabanova, D. and McKee M. (2002) Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria. *Health Policy*; 62(3)
69. Balabanova, D. and McKee M. (2004) Reforming health care financing in Bulgaria: the population perspective. *Soc Sci Med Feb*;58(4)
70. Barnum, H. and J. Kutzin (1993) *Public Hospitals in Developing Countries*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
71. Buchmueller, T, Jacanson, M and Wold C. (2004) How far to the hospital? The effect of hospital closures on access to care, NBER working paper No 10700, National Bureau of Economic Research, www.nber.org/papers/w10700.
72. Buerhaus, P. I., Straiger, D.O., Auerbach, D.I., *The Future of the Nursing Workforce in the United States: Data, Trends and Implications*, Boston: Johnes and Barlett, March 2008
73. Chandler, A., D., *Strategy and Structure*, Cambridge, MA: MIT press, 1962, 11
74. Chen, C., “Nayionwide Physician Shortage Likely to Occure Beyond 2015”, 2008 Physician Workforce Research Conference, April 30-May 2, 2008, sponsored by AAMC and Harward University.
75. Collins Ch. and Green A. (1994) Decentralization and primary health care: some negative implications in developing countries. *Intern J Hlth Services*, 24
76. Delnoij DM, Klazinga NS, van der Velden K. (2003) Building integrated health systems in central and eastern Europe: an analysis of WHO and World Bank views and their relevance to health systems in transition. *Eur J Public Health. Sep*;13(3)
77. Edwards, N. Hensher, M and Werneke U. (1998) *Changing hospital systems*, in Saltman RB,
78. Figueras J and Sakellarides C. (eds). *Critical challenges for health care reform in Europe*. Open University Press.
79. Erikson P., D. V, et al. (2002). *Health Sector Reforms: What about Hospitals?* Gotenberg, The Nordic School of Public Health.
80. European Commission (2002) *Study on the Social Protection Systems in the 13 Applicant Countries Bulgaria Country Report Second Draft October 2002*, DG Employment and Social Affairs.
81. European Commission (2003) *The health status of the European Union Narrowing the health gap*, DG Health and consumer protection.
82. Figueras J., McKee M., Cain, J., Lessof, S. (2004) *Health systems in transition: learning from experience*. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO.
83. Figueras, J., McKee, M. & Lessof, S. (2002) Ten years of health sector reform in CEE and NIS: An Overview and Chapter 1, *Health systems in transition*, Papers from the USAID conference Ten years of health systems transition in Central and Eastern Europe and Eurasia:http://www.eurasiahealthtransitionconference.org/Health_systems-Overview.pdf.
84. Freeman, R. (2000) *The Politics of Health in Europe*, Manchester: Manchester UP.
85. Freeman, R. and Marmor, T.R. (2003) Making sense of health politics through cross-national comparison: Odin Anderson’s seminal essay, *Journal of Health Services Research and Policy* 8 (3)
70. Freeman, R. and Moran, M. (2000) *Reforming health care in Europe*, *West European Politics* 23 (2)
71. Fuchs, V. (1998) *Who shall live? Health, Economics and Social Choice*. World Scientific publishing. USA.
72. Fuenzalida-Puelma, H. (2002) *Health care reform literature review*, Local government and Public service reform initiative, Open Society institute, Budapest, Hungary.
73. Garcia, C. and Pardo, I. (2004) *Strategies and performance in hospitals*, *Health policy*
74. Goldstein, E., Preker, A.S., Adeyi, O. and Chellaraj, G. (1996) *Trends in Health Status, Service and Finance: The Transition in Central and Eastern Europe*, World Bank Technical Paper No. 341, *Social Challenges of Transition Series*. Washington, DC: World Bank.
- 75- Glaser, J., and Foley, T., “The Future of Health Care IT: What can We Expect to see?”, *hfm*, Nov. 2008,
76. Hager, W. (2001) *A European Bargain: Investing in CEEC Health*. CEPS Task Force report,

Centre for European Policy Studies. Brussels.

77. Halbwegs, H. (1999) The technical and financial impact of systematic maintenance and repair services within health systems of developing countries. *HealthEstate* 53(4)

78. Harding, A. and Preker A. (ed.) (2003) *Innovations in Health Service Delivery. The Corporatization of Public Hospitals*, The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank Washington, D.C., USA.

79. Harding, A. and Preker, A.S. (2001) A conceptual framework for organizational reforms of hospitals, in A.S. Preker and A. Harding (eds) *Innovations in Health Care Delivery: The Corporatization of Public Hospitals*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

80. Harding, A., and Preker A. (2000) Understanding organizational reforms. The corporatization of public hospitals, HNP discussion paper, The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, Washington DC, USA.

81. Health Insurance Act (1998) State Gazette No.70, amendments St. G. No 111/ 2004

82. Health Care IT Spendings and Economic Realities, Thought Leadership Series, College of Healthcare Information Management Executives, The National Alliance for Health Information Technology, and AHA Solutions, December 2008

83. HFMA's Healthcare Finance Outlook – March, 2009

84. Healy, J. and McKee M. (ed.) (2001) *Implementing Hospital Reform In Central And Eastern Europe And Central Asia*, Eurohealth Volume 7 Number 3, Special Issue, Autumn. The European Observatory on Health Care Systems (www.observatory.dk), WHO Regional Office for Europe.

85. Ho, T. and Ali-Zade, N. (2001) Eastern European hospitals in transition, in Eurohealth Vol 7 No 3 Special Issue Autumn, WHO.

86. European Observatory on Health Care Systems, London.

87. Immergut, E. (1992) *Health Politics. Interests and institutions in western Europe*, Cambridge, Cambridge UP.

88. Jakab, M., A. S. Preker, A. Harding and L. Hawkins (2002) *The Introduction of Market Forces in the Public Hospital Sector: From New Public Sector Management to Organizational Reform*. HNP Discussion Series. Washington.

89. Kaufman, K., and Grube, M., "The Capital Market Crisis' What Strategic Adjustment Are You Making" *Strategic Financial Planning*, HFMA, Winter 2009

90. Kotilainen, H. (2001) Rehabilitation of the hospital infrastructure in a developing country. *World Hosp Health Serv* 37(2): 25-8,

91. Koulaksazov, S., Todorova, S., Hristova S., Tragakes, E. (ed.) (2003) *Health care systems in transition: Bulgaria*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, WHO.

92. MacLehose L., () *Hospital Financing A Challenge With Many Contingencies*, Trends in hospital reform across the EUO, European Region . challenges and opportunities, European Observatory on Health Care Systems (www.observatory.dk), WHO Regional Office for Europe.

93. McKee M. and Healy J. (eds) (2002) *Hospitals in a changing Europe*. The European Observatory on Health Care Systems World Health Organization, Open University Press.

94. McKee, M. (2003) What are the lessons learnt by countries that have had dramatic reductions of their hospital bed capacity?, *Health evidence network*, WHO Regional Office for Europe.

95. McKee, M. and J. Healy (2000) The role of the hospital in a changing environment. *Bulletin of the World Health Organization* 78(6): 803-810.

96. McKee, M. and J. Healy (2001) *Implementing hospital reform in central and eastern Europe and central Asia*. Eurohealth 7(3), WHO.

97. McKee, M., MacLehose, L. and Nolte, E. (2004) *Health policy and European Union Enlargement*. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO.

98. McCovan, R., McNulty, A., *Strategies for Strengthening Physical-Hospital Alignment: A National Study*, Society for Healthcare Strategy and Market Development, 2006

99. Miller WL, Grodeland AB, Koshechkin TY. (2000) If you pay, we'll operate immediately. *J Med Ethics*. Oct;26(5):305-11.

100. Mills A. (1994) Decentralization and accountability in the health sector from an international perspective: what are the choices. *Public administration and development*, 14: 281-92.

101. Mills, A. Bennett, S, Russell, S., (ed.) (2001) *The challenge of health sector reform. What must governments do?* Palgrave, N.Y.

102. *Mirror, Mirror on the wall: An International Update on Comparative Performance of American Health Care*, The Commonwealth Fund, August 2007

103. Mitzaberg, H., "The Manager's job: folklore and facts" *Harvard Business Review* (July/August 1988) 41-45

104. Moran, M (1999) *Governing the Health Care State*, Manchester: Manchester UP.

105. Mossialos, E, Dixon, A., Figueras J and Kutzin J. (2002) Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO.
106. Navarro, V. (2002) Exploring health policy development in Europe, *Social Science and Medicine* 54 (6) 993-995
107. Neubauer, G. (1993) Case mix and funding, the German approach, Proceedings from workshop on case mix and resource management, Sofia, Bulgaria.
108. Not-for Profit Healthcare Sector Outlook, Revised from Negative to Stable, Moody's U.S. Public Finance, November, 2008
109. Nursing Management Aging Workforce Survey, Bernard Hodes Group, July 2006
110. Oxley, H. and MacFarlan, M. (1995) Health care reform: controlling spending and increasing efficiency. How can OECD countries achieve their health-care goals while keeping rising expenditure under control? *OECD Economics Studies* No. 24.
111. Pavlova M, Groot W, van Merode G. (2002) Public attitudes towards patient payments in Bulgarian public health care sector: results of a household survey. *Health Policy* 59:1-24.
112. Pery, L., T., Scott. R., G., Smallwood., N., W., *Real-time strategy; improvising team-based planning for a fast changing world*-John Willey & Sons Inc, 1993
113. Preker, A, Jakab, M and Schneider, M. (2002) Health financing reforms in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union, in *Funding health care: Options for Europe*, Mossialos et al, Ed., European Observatory on Health Case Systems, WHO, Open University press.
114. Preker, A. S. and A. Harding (2003) *Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals*. Washington, World Bank.
115. Quinn, J., B., *Strategies for change & Logical Incrementalism*, Homewood, IL: Dow Jones-Irwin, 1980, 9,15
116. *Review of Physician Recruiting Incentives*, Merritt, Hawkins & Associate, 2007
117. *Report on the Economic Crisis: Initial Impact on Hospitals*. American Hospital Association, November 2008
118. Saltman R., Bankauskaite V., & Vrangbaek K. (2003) Decentralization in health care: strategies and outcomes. Background for research study. European Observatory on Health Care Systems. http://www.euro.who.int/observatory/studies/20031112_1.
119. Saltman, R. (2003) Meeting public-private boundaries in European health systems. *European Journal of public health*, 13:24-29.
120. Saltman, R. and Figueras, J. (1998) Analyzing the evidence on European health reforms, *Health Affairs* 17 (2) 85-108.
121. Saltman, R., and Figueras J., (1997) The process of implementing reform, in *European health care reform. Analysis of current strategies*, WHO. Copenhagen.
122. Saltman, R., Busse R. and Figueras J. (2004) *Social health insurance systems in western Europe* Open University Press, European Observatory on Health systems. WHO.
123. *Seeing Red: The growing burden of Medical Bills and Debt faced by U.S. Families* The Commonwealth Fund, August 2008
124. Schneider, M., Gediminas, C. and Murauskiene, L. (2000) *Health systems of Central and Eastern Europe*. Basys.
125. Shakarishvili, G., ed. (2005) *Decentralization in health care. Analysis and experiences in Central and Eastern Europe in the 1990s*. Open Society Institute, Budapest.
126. Shaw, C. (2004) *Toolkit for Accreditation Programs*, The International Society for Quality In Health Care, Australia (www.isqua.org).
127. Shaw, J. (1998) *Hospital Management: Training and Professional Development*. Geneva, World Health Organization.
128. Social Protection Committee (2002) *Questionnaire on Health and Long-Term Care for the Elderly* REF:SPC/2002/APR/01
129. Taylor, M., 'Experiments in Payment: H&HM, September 2008
130. *The cost of caring: Sources of Growth of Spending for Hospital Care*, The Lewin Group, conducted on behalf of the American Hospital Association, July 2005
131. Walford V., and Grant K. (1998) *Health Sector Reform. Improving Hospital Efficiency*. DFID Health Systems Resource Centre. Institute for Health Sector Development Limited Health Systems Resource Centre, UK.
132. Walt, G. (1994) *Health policy. An introduction to process and power*. Witwatersrand University press, Johannesburg.
133. Walt, G. (1998) *Implementing health care reform: A framework for discussion*. in Saltman RB, Figueras J and Sakellarides C. (eds). *Critical challenges for health care reform in Europe*. Open University Press.

134. Warden, J., **Creating Sustainable Physician-Hospital Strategies**, Chicago: Health Administration Press 2009
135. WHO (1990) **The Role of the hospital in the district: delivering or supporting primary health care?** Geneva, World Health Organization.
136. WHO (1992) **The Hospital in rural and urban districts: report of a WHO Study Group on the Functions of Hospitals at the First Referral Level.** Geneva, World Health Organization.
137. WHO (1997) **European health reform: Analysis of current strategies and health trends in Europe**, WHO Regional publications series No. 72,
138. WHO (1999) **The world health report - making a difference.** World Health Organization.
139. WHO (2000) **The World Health Report 2000: health systems: Improving Performance**, WHO
140. WHO (2001) **Highlights On Health In Bulgaria, European Communities and World Health Organization 2001**, Health Information Unit, WHO Regional Office for Europe, Denmark.
141. WHO (2004) **Health for All Database**, WHO Regional Office for Europe.
142. Wiley, M. (1998) **Financing operating costs for acute hospital services**, in, in Saltman RB, Figueras J and Sakellarides C. (eds). **Critical challenges for health care reform in Europe.** Open University Press.
143. Zelman W, M.McCue, A.Millikan, **Financial Management of Health Organizations**, Blackwell, 2000.