

**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

АВТОРЕФЕРАТ

на 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

Научно жури:

1. Проф. д-р Цекомир Влайков Воденичаров, дмн – Декан на ФОЗ
2. Проф. д-р Стефан Несторов Гладилев, дм
3. Проф. д-р Миладин Александров Апостолов, дмн
4. Проф. д-р Веселин Борисов Василев, дмн
5. Доц. д-р Кирил Йорданов Кирилов, дм

Официални рецензенти:

1. Проф. Д-р Стефан Несторов Гладилев, дм
2. Проф. Д-р Веселин Борисов Василев, дмн

Защита на 19.12.2011 г. от 12.00 ч.

София, 2011 г.

Дисертационният труд е написан на 131 страници и включва 19 оригинални фигури и 11 таблици. Използвани са 143 литературни източника, от които 79 на латиница. Във връзка с дисертационният труд са публикувани 6 статии (2 от които под печат)

Дисертационният труд е разгледан и одобрен и насочен за защита от разширен катедрен съвет на Катедрата по Здравна политика и мениджмънт и Катедрата по Икономика на здравеопазването при Факултета по Обществено здраве на Медицински Университет – София.

Публичната защита на дисертационния труд ще се състои на 19.12.2011 г. от 12.00 часа в зала № 7 на Факултет по Обществено здраве при Медицински университет – София (гр. София, ул. „Бяло море” № 8).

Материалите по защитата са на разположение във Факултет по Обществено здраве и са публикувани на интернет страницата на МУ - София

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

Съдържание

I. Въведение	4 стр.
II. Цел, задачи, материали и методи	4 стр.
III. Критичен анализ на досегашната реформа в здравеопазването и състоянието ѝ в настоящия момент на криза	7 стр.
IV. Структура и функции на „Пета МБАЛ - София” ЕАД – критичен анализ	14 стр.
V. Управление на „Пета МБАЛ - София” ЕАД в условията на криза	21 стр.
VI. Икономически модел за ефективно икономическо управление на МБАЛ	36 стр.
VII. Изводи и препоръки	38 стр.
VIII. Приноси	41 стр.
IX. Публикации във връзка с дисертацията	42 стр.

I. 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.

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.

II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МЕТОДИ И МАТЕРИАЛИ

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 болници 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 и 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.

• 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. Срећнахме 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 да могат за бъдат обхванати техните разновидности във всички части на страната.

Интервюта 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. Времеви 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 г. - 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.

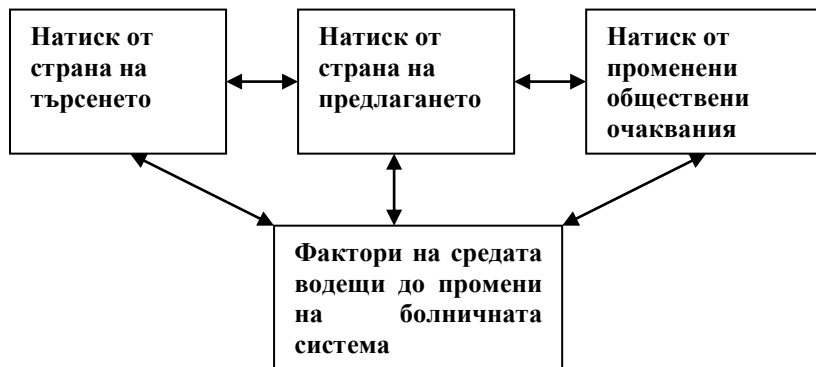
5. Място на провеждане – Пета МБАЛ - София ЕАД

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

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 по-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 политиките обикновено избягват да я дискутират.

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 оповестена 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.

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. Реформа в болничната помощ

Здравната реформа се осъществява в три главни направления:

- Икономическа
- Структурна (организационна)
- Реформа в управлението

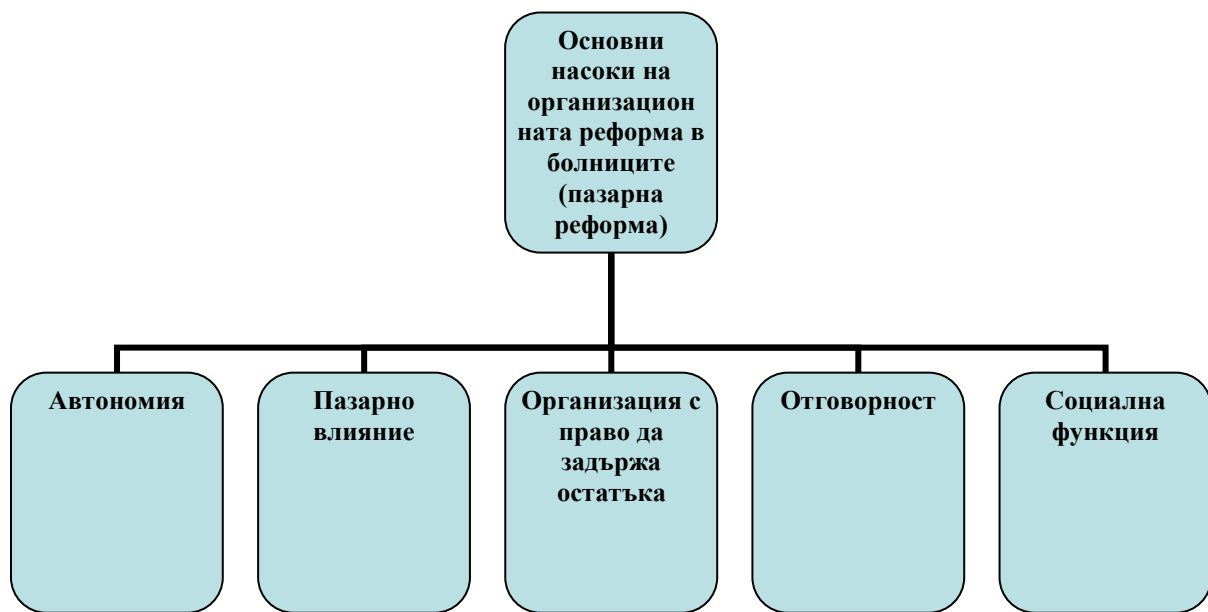
Според Harding и Preker (2001) основните насоки на организационната реформа в болниците (понякога споменато с термина пазарни реформи) (фиг. 2) включват:

- (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 доколкото всички болници са регистрирани по Търговският закон, като търговски дружества.

Фиг.2 Основни насоки на организационната реформа в болниците



Пазарното влияние в България, е трудно достижимо поради единствения основен платец (НЗОК), която заплаща по смесен принцип, тоест дуалистично (по така наречения делегиран (прогнозен) бюджет, форма на глобален бюджет, определен на базата на постигнати резултати през предходна година и клинични пътеки, като тенденцията през 2008 г., 2009 г. 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) пазарно 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 болници 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 дофининсирана. 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). В България 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 да 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 2009 г. 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).

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 3) следните проблеми на болницата, които все още предстоят да бъдат решени.

Фиг. 3 Организационни проблеми на болницата



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 насластванията 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 на 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. Само 18% от респондентите в нашето изследване потвърждават наличие на списъци на чакащи (за кратки срокове - максимум 3 месеца). Един от анкетиранияте от нас болничните директори е 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 покрият 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. Можем да дефинираме следните проблеми на финансирането на болничната помощ посочени на фиг. 4

Фиг. 4. Проблеми на финансирането на болничната помощ



Данните посочени в Таблица № 1 по-долу показват, че като процент от БВП 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 1 Разходи за болници по основни финансиращи източници за периода 2003 г.-2008 г. 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 2008 г.) с 45 906 (45 353 легла за 2008 г.) 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 2 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 включват 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.

IV. СТРУКТУРА И ФУНКЦИИ НА „ПЕТА МБАЛ – СОФИЯ” ЕАД – КРИТИЧЕН АНАЛИЗ

„Пета многопрофилна болница за активно лечение – София” ЕАД притежава актуализирано Разрешение за осъществяване на лечебна дейност - № МБ -222 от 13.01.2011 г. 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 заболеваемостта 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 на болницата поема ангажмента 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 управление на здравни грижи».

- 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 медицински 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:

- Медицинска 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 целият екип за медицинска грижа
- Отлични постижения – ние предлагаме отдадена, отличаваща ни професионална медицинска грижа и много 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.
- Екипност – ние приемаме нашият предоставящ Медицинска грижа екип, като нашият най-скъп актив. В допълнение ние:
 - комуникираме ефективно
 - поддържаме позитивно отношение
 - подкрепяме се един друг
 - окуражаваме персонално израстване и отговорност
 - оценяваме инициативността и иновативността
 - приемаме гордостта и отговорността за нашето представяне
 - възприемаме промяната
 - забавляваме се

Фиг. 5 Структура на Пета МБАЛ София ЕАД

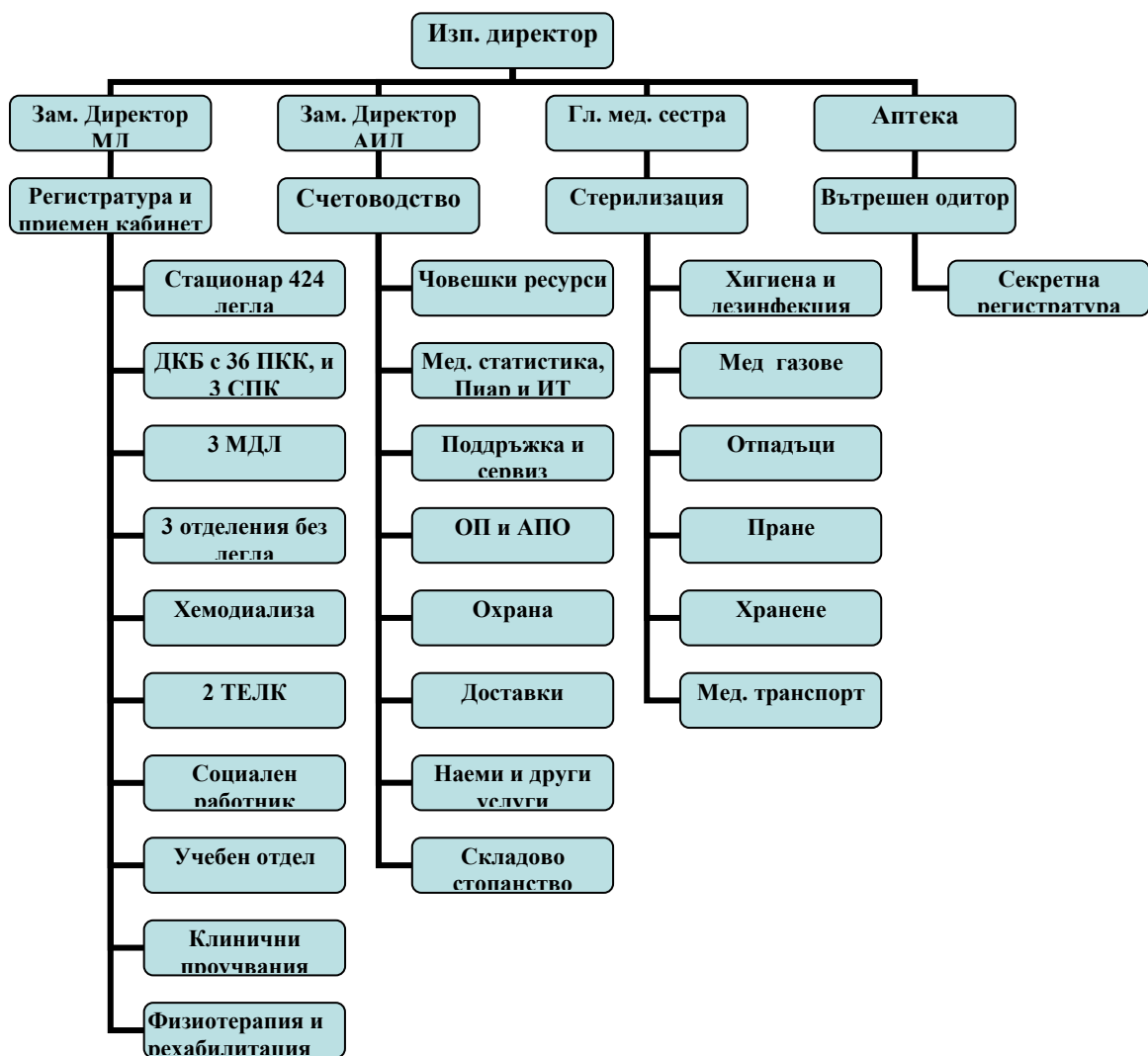


Таблица 3. Динамика на основните показатели за дейността на стационара за периода 2003 - 2009 г.

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 5 587 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 в комбинация от експедитивно действащия комитет по онкологични заболявания, осигурява на пациентите с онкологични заболявания, бързо и адекватно лечение

Таблица 4. Брой и относителен дял на операциите в отделенията с хирургичен профил за периода 2004-2009 г.

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 достигнал 848 длъжности през 2008 г. и 2009 г. се наблюдава намаление на заетите, а именно от 752 (2008 г.) на 697 лица през 2009 г., 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 2009 г. 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, като 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 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 5 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.

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 2009 г. 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 6.Медико-икономически показатели 2003-2009 г. 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 болен	724	632	721.51	609.86	733.3	711.5	693.19
Стойност на един лекарствен ден / 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

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 лева за 2009 г.) и от МЗ в размер на 1 021 795 лв. и приходи от дарения, други продажби и други приходи 249 402 лева.. При така организирания 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 2003 г. на 654.45 лева в края на 2009 г., 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 ел.енергия и топлоенергия са отчетени като елемент на разходи за “външни услуги”.

За 2009г. дружеството е реализирало приходи от обичайната дейност в размер на 12 355 281 лева или увеличение с 11.33% спрямо предходната 2008 г., същите представляват с 1 257 022 лв. повече спрямо предходната 2008 г. Приходите от СЗОК са увеличени с 903 493 лева., което представлява ръст от 11.86% спрямо 2008 г. 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 2008 г.

Таблица 7 Икономически показатели 2003-2009 г. 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 намалал 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 2009 г. Дружеството е извършило разходи в размер на 12 685 498. , 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, парно, електроенергия, увеличени са възнагражденията и респективно осигуровките. 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 за хранодена на болните са увеличени с 0.24 лева / от 2.61 лева (2008 г.) на 2.85 лева за 2009 г. Дружеството приключва 2009 г. с финансов резултат – загуба в размер на 330 000 лв. за 2009 г. при загуба за предходната 2008 година 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 заключение може да се отбележи, че „Пета 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 модернизират, 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.)

V. УПРАВЛЕНИЕ НА ПЕТА МБАЛ – СОФИЯ ЕАД В УСЛОВИЯТА НА ИКОНОМИЧЕСКА И ФИНАНСОВА КРИЗА

1. 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 да може да помогне на нас мениджърите да отговорим 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 2000 г, 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 за 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 от страни 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 самонаправляващи се членове на екипите
- Промотира действия на база екипност и познания, 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 самонаправляващите се екипи как да се използват тези инструменти заедно като средство за импровизирането на оперативните 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.

2. 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

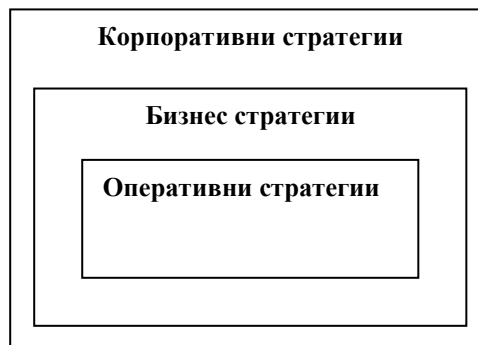
стратегия. Използваните стратегическите инструменти от мениджърският екип са високо разрядните инструменти използвани за определяне на стратегическата насока. Фактически мениджърският екип първоначално съзнателно резистираше на развитието на детайлизирани политики и процедури за импровизационните оперативни 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 поддръждането 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 натоварват 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 скромни 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. 6 А. Детайлизираните корпоративни стратегически планове дават основата за детайлизирани бизнес стратегически планове, които заедно почти елиминират свободата на действие на оперативни ниво. В противовес нашия опит показва, че е възможен и друг модел на мениджмънт фиг. 6 Б

Нашият скромни 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.

Фиг.6 А Стратегическо планиране



Фиг.6 Б Стратегическо импровизиране



Стратегическото импровизиране кани членовете на самоуправляващите се екипи да упражняват значителна свобода при формулирането и прилагането на оперативни стратегии в рамките на лимитираната форма предоставена от корпоративните или бизнес стратегии.

3. 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 осланяме само на една стратегия и никога не се чувстваме заключени в една добре звучаща идея, когато нещата започнат да се влошават.

4. 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.

5. 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 са 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 служило 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-общи 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 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 времето 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 поведенчески решения. Дори повече планирането в реално време и мениджмънт има по-атрактивни 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. 7 е представен схематичен модел на стратегическо планиране по Пери, Скот и Смолууд, а на фиг.8 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.

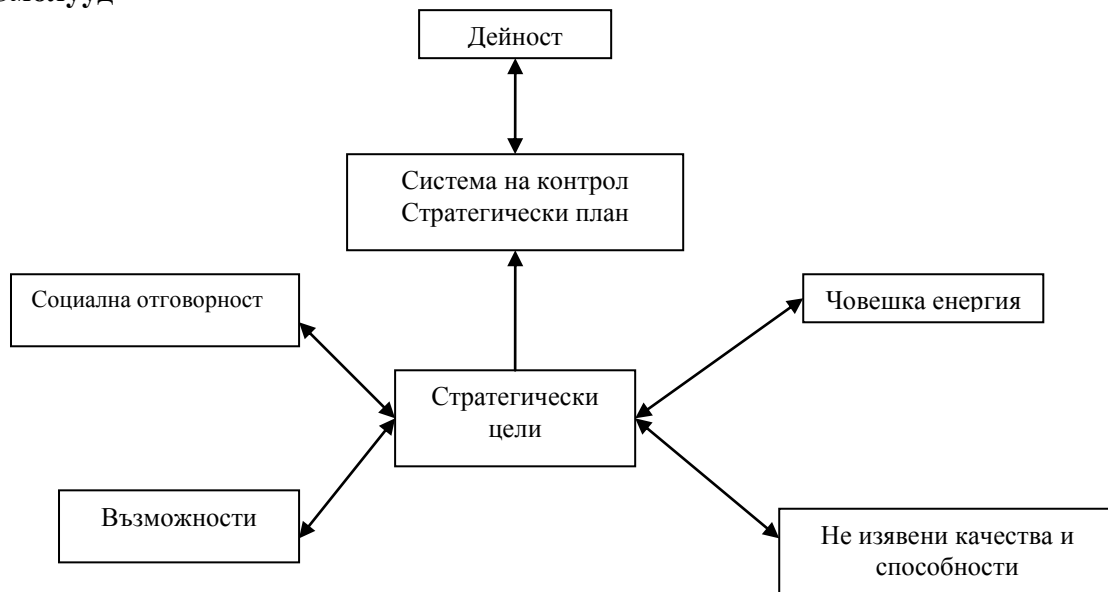
И двата модела са със сходни схематични блокове - а именно човешкият капацитет на болницата, качествата и способностите, възможностите и социалните отговорности.

Стратегическите цели се обединяват, за да се оформи планът, който е центърът на системата за контрол при стратегическото планиране.

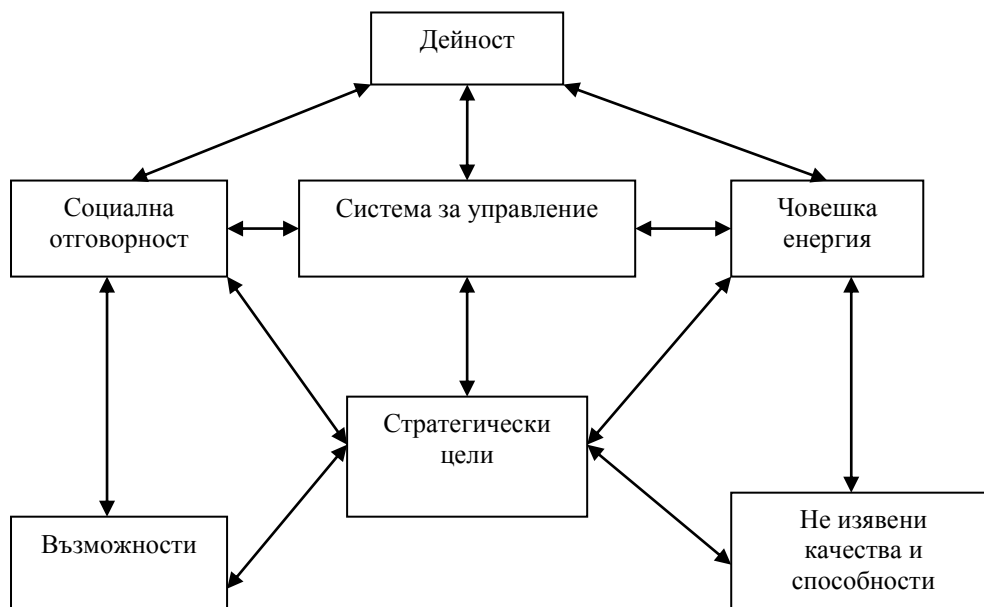
Очевидните разлики между двете фигури са явни въпреки сходната им блокова схема. Първата разлика е в два пъти по-вече взаимовръзки при стратегическото

импровизиране (24 спрямо 11). Процесът схематично представен по-долу показва почти стъпаловидната логика на стратегическото мислене, докато моделът на планиране в реално време или стратегическо 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. 7 Схематичен модел на стратегическо планиране и мениджмънт по Пери, Скот и Смолууд



Фиг.8 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.

6. 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. Опитата предполага че стратегия и импровизация 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 стратегически 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 при планирането в реално време имаме делегиране на права и отговорности на сформиранияте екипи.

Мениджмънта 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 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 излишъка в бюджета на Републиката в края на 2008 г., респективно и на бюджета на касата, като нарастващите разходи за здравеопазване, нарастващите хоспитализации, обусловени или не обусловени, 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 болничната 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 полесно 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.

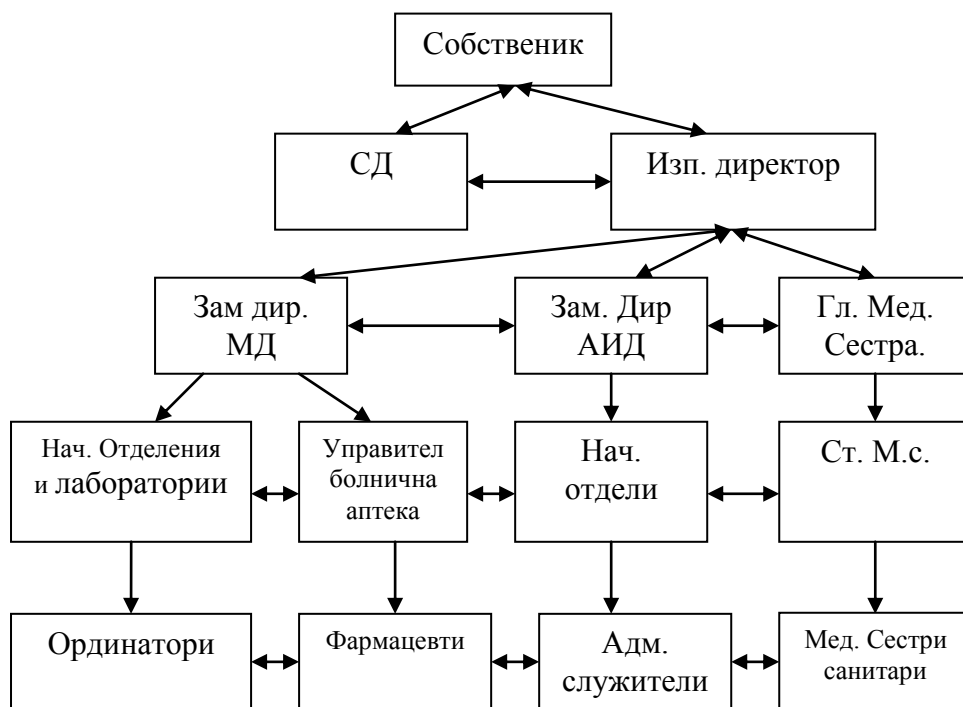
Разбира се, ние знаехме, че успешната реализация на промяната се базира на:

1. внимателната подготовка, която ние извършихме много острожно и пунктуално

2. създадохме и изпълняваме конкретен план с ясни времеви срокове и ясно комуникирани 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 определехме 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, определехме 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 операционния блок поощрихме операционните сестри (където имахме сериозен недостиг) и санитарите в операционна зона.

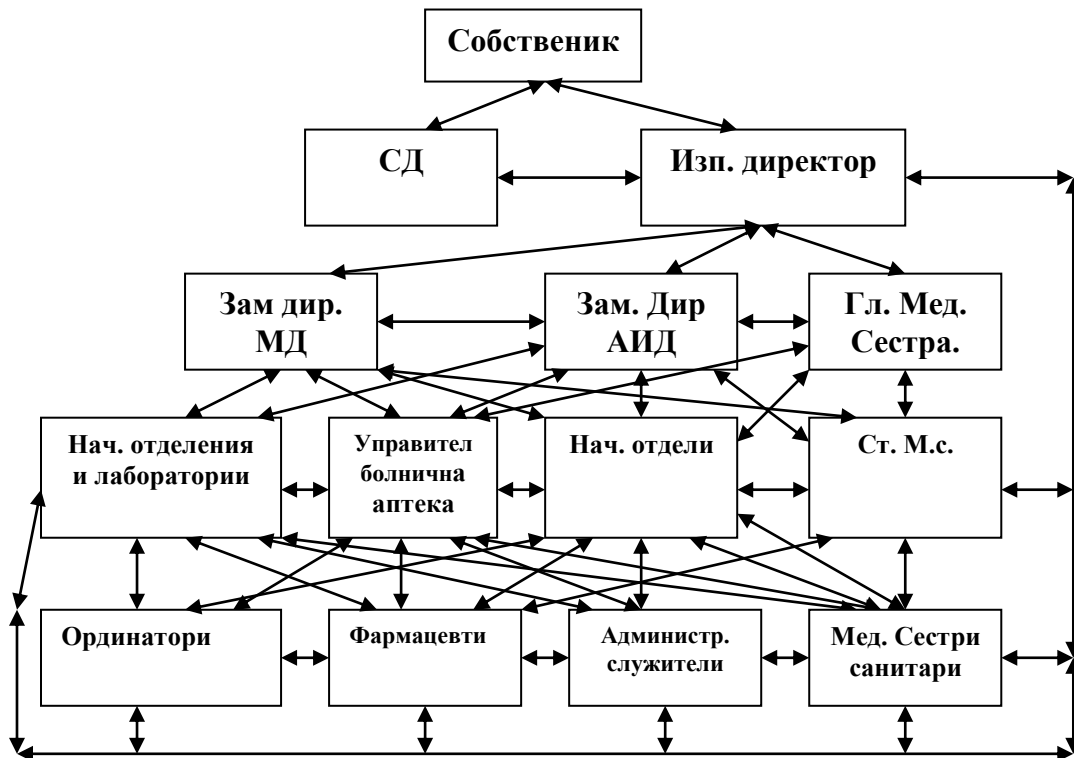
Фиг. 9 Структура на управлението на Пета МБАЛ при стратегическо планиране и мениджмънт



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.10 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 1958 г. 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), тоест 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 2008 г. до намаляването на генерирането на загуба до 386 000 лева. през 2009 г. 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 2008 г- и цялата 2009 г., 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 ресурсоемка, 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 обстоятелството им проучване от нас преди това, определихме рисковете (също нещо не типично за нашите болнични мениджъри) на конкретните адресати. Опитвахме 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 се провалим, като избегнем тези причини или минимизираме риска от техните негативни 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 настината е точното време и място на желаната от нас промяна, както по отношение на заобикалящата ни среда (икономическа и финансова криза), както и че състоянието на законодателната рамка, го позволява, така че и взаимоотношенията между заинтересованите играчи имат нужда от това и ще го приемат 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 затормозават 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.8 показваме нашите резултати получени вследствие стартиране на промяната в Пета МБАЛ София ЕАД

Таблица 8 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.

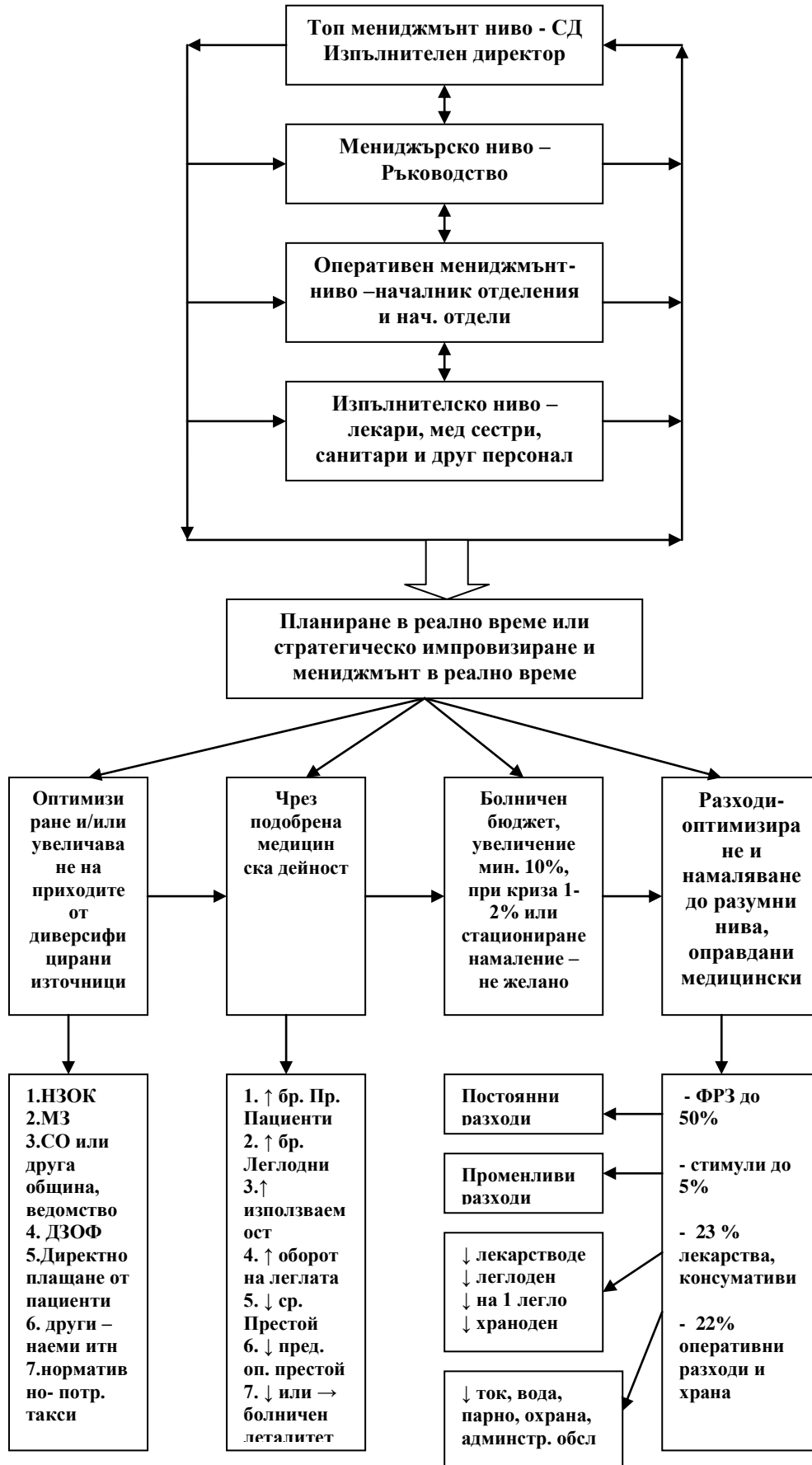
VI. ИКОНОМИЧЕСКИ МОДЕЛ ЗА ЕФЕКТИВНО ИКОНОМИЧЕСКО УПРАВЛЕНИЕ НА МБАЛ

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. 11.

Моделът представен схематично по-долу 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 лекарствата и консумативите, 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 оперативните разходи, вменияване на отговорност на всички, и медицинският персонал и пациенти, за медикаменти и консумативи на медицинският персонал
7. Определяне на разходите за ФРЗ с осигуровките на до 50% от общи приходи, залагане на до 5% от общите приходи за стимули, залагане на 23% за медикаменти и консумативи и 22% за оперативни разходи.

Фиг.11



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 представят много добре.
 - За тези лица също определяне и на допълнителен платен отпуск (до 7 дни при нас), пак в зависимост от представянето.
 - Заплащане на такси за след дипломно обучение
 - Допълнителен отпуск до 10 дни за след дипломно обучение извън регламентирания по КТ и КТД
 - 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, прогнозен), 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 палативни 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 надолу, ограничаващ изпълнителите и оперативният мениджмънт в своите действия и се явява спънка за болничните мениджъри да реагират адекватно на бързо 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 самонаправляващите се екипи, като
 - б) показване на членовете на самонаправляващите се екипи как да се използват тези инструменти заедно като средство за импровизирането на оперативните 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 планират, 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.

ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯТ ТРУД

1. За първи път у нас е извършен многостранен критичен анализ на мениджмънта на болница за активно лечение в условията на криза, като са синтезирани генералните управленски приоритети с особена насоченост към мениджмънта на човешките ресурси.

2. Анализът в дисертацията е основан върху модерните принципи на стратегическия здравен мениджмънт, при което ясно е демонстрирано различието между оперативен (краткосрочен) и стратегически (дългосрочен глобален) мениджмънт.

3. За първи път у нас с дисертацията се въвеждат методологично значимите термини „планиране в реално време” и „стратегическо импровизиране”

4. За първи път у нас е обоснован и приложен моделът на планиране в реално време или стратегическо импровизиране на практика в болничната помощ, включващ следните елементи:

- a. насоченост към персонала и мотивацията
- b. различно заплащане по предварително заложен критерии
- c. действията по планиране са в реално време
- d. предлага внедрена организационна промяна с положителен резултат

5. Предлага се оригинално разработен модел за диференцирано заплащане на служителите на болницата като финансов стимул и нефинансови стимули според образование, умения и представяне.

6. Докторантът представя виждания за посоката на болничната реформа в нейната системна цялост, с акцент върху икономическия аспект на болничния мениджмънт в условията на икономическа и финансова криза.

7. Трудът има ярка приложно - практическа насоченост - спомага за по-широко разбиране на ефективните стратегии, така че мениджърите на здравна помощ в страните в преход и в частност България, да могат адекватно да реагират на промените в потребностите и заобикалящата ги бизнес среда, като търсят пътища за реструктуриране на болничния сектор и управлението му по време на глобална и национална криза.

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. Katzarov, Vasko M., Pieva, 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., Katzarov 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., Katzarov 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