

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ

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

Д-р Анета Кирилова Маноилова - Григорова

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

АВТОРЕФЕРАТ

**НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И
НАУЧНА СТЕПЕН „ДОКТОР“**

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

Професионално направление: 7.4 ”Обществено здраве”

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

Научен ръководител: доц. Боряна Борисова, дм

Рецензенти:

Проф. д-р Годор Д. Черкезов, дм

Проф. д-р Кънчо Тр. Чамов, дм

София

2021 г.

Дисертационния труд е одобрен и насрочен за защита от катедрен съвет на катедра Здравна политика и мениджмънт при Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“ на Медицински университет София.

Дисертационният труд съдържа 239 страници, онагледен с 63 таблици, 15 фигури, 37 графики и две приложения. Библиографската справка включва 141 заглавия, от които на 102 кирилица, 16 на латиница и 23 интернет адреса.

Научно жури:

1. Проф. д-р Ралица Златанова – Великова, дм
2. Проф. д-р Тодор Димитров Черкезов, дм
3. Проф. д-р Сашка Руменова Попова, дм
4. Проф. д-р Кънчо Трифонов Чамов, дм
5. Проф. д-р Елена Младенова Шипковенска, дм

Резервни членове:

1. Проф. Асена Сербезова, дф
2. Проф. д-р Мария Семерджиева - Филипова, дм

Публичната защита ще се състои на 15.10.2021г. от 11ч. в зала №7 на Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ ЕАД, ул.„ Бяло море“ №8, гр. София.

Материалите по защитата са на разположение в отдел Наука на Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ ЕАД, ул.„Бяло море“ №8, гр. София и на интернет страницата на МУ-София.

Номерацията на таблиците и фигурите не отговаря на същите в дисертационния труд.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ	4
1. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО	7
Работна хипотеза	7
Цел.....	7
Обект.....	7
Предмет.....	8
Задачи	8
Методика на изследването.....	9
2. ОРГАНИЗАЦИОНЕН ПРОФИЛ НА „КОЦ - В. ТЪРНОВО“ – ЕООД	12
Кратка история	12
Мисия и цели.....	14
Организационно управленска структура.....	14
Оборудване.....	16
Партньори.....	18
3. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ИЗСЛЕДВАНЕТО	19
Диагностична карта 1 - Управление.....	20
Диагностична карта 2 - Клиенти / пациенти	24
Диагностична карта 3 - Ефективност.....	27
Диагностична карта 4 - Медицинска перспектива.....	29
Диагностична карта 5 - Финансова перспектива на здравната дейност.....	34
Диагностична карта 6 - Служители.....	38
Диагностична карта 7 - Капацитет / Ресурси.....	42
Диагностична карта 8 - Вътрешни процеси.....	44
Диагностична карта 9 - Обучение / Иновации	47
Диагностична карта 10 - Външна микросреда	52
Диагностична карта 11 - Външна макросреда.....	53
Диагностична карта 12 - Ползи за обществото.....	55

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ЗА БЕНЧМАРКИНГОВИ ПРАКТИКИ И ОПИТ НА ДРУГИ ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ ПРИЛОЖИМ В „КОЦ – ВЕЛИКО ТЪРНОВО“	61
МЕРКИ ЗА РАЗВИТИЕТО НА КОЦ- В.ТЪРНОВО КЪМ НАСТОЯЩИЯ МОМЕНТ	64
ИЗВОДИ	68
ПРЕПОРЪКИ	69
ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	71
ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	72

ВЪВЕДЕНИЕ

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

Джон Ф. Кенеди

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

Една от целите в програмата за Устойчиво развитие на ООН до 2030 година „Да преобразим нашия свят“ акцентира върху връзката между икономическия растеж и здравословно състояние на населението. В нея проличава разбирането, че здравето не е самостоятелна и независима ценност, а фактор за икономически растеж, защото само население с добро здраве може да го осъществи. От една страна обаче, ресурсните ограничения изискват от здравните системи подобряване на икономическата ефективност. От друга мениджмънтът им трябва да търси баланс между бюджетните ограничения и предлагане на висококачествени услуги. Затова мениджмънтът от всички равнища на здравната система трябва да насочи усилия към подобряване на тяхната устойчивост и така да се гарантира висококачествено здравно обслужване.

Функционирането на здравната система зависи от различни по вид и сила на въздействие фактори – икономически, политически, международни, технологически, социално-психологически, организационни, човешки, иновационни. Като подсистема в цялостната обществено-икономическа система на страната, ориентирана към здравните проблеми на населението и ангажирана със здравните дейности тя има свои специфични характеристики. Развитието и следва да е насочено към разработването на ефективен инструментариум и начин за внедряване на нови технологии, иновации и инвестиции в здравно обслужване с цел да се съдейства за постигането на иновативна и устойчива здравна система. Необходими са новаторски идеи, водещи до осъществяване на различни промени. Това ще рефлектира върху подобряване на качеството, ефективността и устойчивостта на отделните елементи, изграждащи здравната система.

Промяната като феномен е важен аспект от функционирането на всяко общество, т.к. съвременните общества са динамични. Под влияние на различни фактори те се променят. В този смисъл, динамиката и промените в организациите следват промените в обществото – работа с нови технологии, реструктуриране, нови стратегии, култура и поведение, свързано с трансформация, глобализация и дигитализация. И обратно липсата на промяна води до ентропия последвана от постепенна деинтеграция на организацията от обществото. Поради това всяка организация трябва да е или в състояние на непрекъсната промяна или да престане да съществува.

Промените, в здравните организации осъществявани днес, никога не са били толкова важни, разнообразни, многопластови и очевидно безкрайни. Съобразно профила на тяхната дейност, промените може да са по-чести и по-мощни, но те винаги са придружени от сложен процес, който има оперативен, финансов, административен, емоционален и други аспекти. За да се постигне желаният ефект, да е сигурно, че промяната протича по начина, по който е планирана и без отклонения от поставените цели и желани резултати процесът трябва да се управлява. Статистиката показва, че при мащабни реорганизации само 60% от фирмите успяват да постигнат минимално поставените си цели. Ето защо едно от големите предизвикателства пред мениджърите в здравеопазването днес е управлението на промяната, а актуалността и значимостта на проблема налага неговото задълбочено проучване. Съществуват следните основания за извършването на конкретните изследователски търсения:

- Глобализацията на конкуренцията;
- Разширяващата се финансовата самостоятелност на здравните организации;
- Осезаем дисбаланс в нормативната база, финансовият и кадрови ресурс;
- Необходимостта от повишаване на ефективността и ефикасността на разходите;
- Повишаващите се изисквания към качеството на медицинските услуги;
- Поведението на хората, свързани със здравната система;
- Необходимостта от подобряване на здравните резултати.

Организационната промяна може да бъде и криза, защото води до обръщане на статуквото, поради което управлението и, е отговорност и предизвикателство за мениджъра с лидерски качества.

Промяната се разглежда като планиран процес с очакван бъдещ резултат подобряване, както на ефективността на организацията, така и на удовлетвореността и психичното благополучие на членовете ѝ. Осъществяването на промяната е неизбежен процес, който се обуславя от целите на организацията и предварително заложената ориентация. При наличие на свободна конкуренция и пазарна среда, каквито за здравните организации възникват след 2000-та година, този стремеж придобива първостепенно значение. Управлението на организационната промяната е това, което гарантира освен бъдещ резултат и повишена икономическата ефективност, но и устойчивостта на организацията и усъвършенстването на социалната политика. Тя е в основата, както на стремежа за усъвършенстване и просперитет, така и в борбата за оцеляване. Изброените основания са сериозно предизвикателство пред здравните мениджъри за ефективното управление на процесите на организационна промяна.

1. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО

Работна хипотеза

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

Цел

Да се проучи, анализира и оцени управлението на процеса на организационна промяна в „КОЦ - Велико Търново”- ЕООД в условията на пазарно действащи взаимоотношения и пазарно ориентирани стандарти. Чрез събраната информация отразяваща дейността на организацията за посочения период, да се сложи началото на комплексен диагностичен анализ на обследваната организация. Впоследствие да се разработи софтуерно предложение за усъвършенстване на мениджмънта на промяната и да се посочи необходимостта от нов стил управленски професионализъм, с цел подобряване на ефективността на работния процес, предотвратяване на дестабилизация на организацията.

Обект

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

Предмет

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

Задачи

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

За реализирането на поставената цел е необходимо да се проучи:

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

Постигането на целта изисква:

1. Провеждане на социологическо проучване, чрез използване на специално структурирана за целта анкетна карта и интервю със съответни въпроси, последващ анализ на събраната информация. Чрез този подход се цели постигането на вътрешно

охарактеризиране на изследваната организационна единица – състоянието на организационната промяна и равнището на нейното управление.

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

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

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

Методика на изследването

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

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

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

- събиране, анализ и синтез на информация от различни източници за развитието на здравеопазването: РЗИ, Евростат, МЗ, както и на данните от отчетите на КОЦ Велико Търново за последните 5 години – 2015 – 2020 година.
- анализ и използване на констатации, изводи и насоки на работа от национални и регионални програми;

- използване на констатации, изводи и насоки на работа от анализи, брошури и други документи на Европейския парламент, Лекарски съюз, НЗОК, пациентски организации;
- събиране, анализ и синтез на теоретични и емпирични изследвания, свързани с разглежданата проблематика;

Прилаганите основни методи на работа са:

- **Документален метод** - анализ, синтез и обобщение на информацията от официални отчетни документи, анкетни данни или други източници, които имат отношение към проблема.
- **Метод на сравнителния анализ**, който обхваща съпоставки на данни и материали свързани с настоящото проучване.
- **Метод на историческия анализ** - включва разкриване на тенденции, насоки в развитието на КОЦ-В. Търново.
- **Математико-статистически метод** - обхваща използването на математически и статистически похвати за обработка и анализ на използваната информация.
- **Анкетен метод** - обхваща събиране на информация чрез анкетна карта по предварително зададени показатели.
- **Графичен метод** - използва онагледяване на събраната информация чрез подходящи графики и таблици, с помощта на които могат да бъдат извършени гореспоменатите анализи и съответно направени изводи.
- **Анализ на съотношения** (ratio analysis);

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

Изследването е осъществено в две направления.

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

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

2. ОРГАНИЗАЦИОНЕН ПРОФИЛ НА „КОЦ - В. ТЪРНОВО“ – ЕООД

Кратка история

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

Като част от този проект, и „за да може да се води борбата със злокачествените новообразувания успешно, както и за усвояване от цялата лечебно-профилактична мрежа на единна методика на диагностика, лечение и профилактика при различните локализации на раковия процес да се създадат 13 специализирани онкологични заведения”¹, част от които е „Комплексен онкологичен център - В. Търново” - ЕООД

Той е разкрит през 1951г. като Окръжен диспансер за онкологични заболявания за ранна диагностика, лечение и диспансерно наблюдение на онкологични заболявания. Първоначално е с трима лекари, две сестри и двама санитарни, без собствен стационар. Постепенно се разширява, като през 1962г. е обособен и стационарен блок със 120 легла в хирургично, гинекологично, терапевтично, лъчетерапевтично отделения и параклинични звена към тях.

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

През годините съобразно промяната в законодателството се преобразува последователно в „ДОЗ”, „МОДОЗС”- ЕООД. ², а в изпълнение на разпоредбите на Закона за изменение и допълнение на Закона за лечебните заведения в сила от 31. 07. 2010г., параграф 70, ал. 1 от ПРЗ на ЗЛЗ, последно е пререгистриран като „КОМПЛЕКСЕН ОНКОЛОГИЧЕН ЦЕНТЪР –ВЕЛИКО ТЪРНОВО” - ЕООД.

Към тази дата разполага с 206 легла за стационарно лечение разположени в 6 отделения, диагностично консултативен блок, болнична аптека, административно-стопански блок.

Правата на едноличен собственик върху капитала на „КОЦ - В. Търново“ ЕООД – Община Велико Търново се упражняват от Общински съвет Велико Търново и Кмета на Община Велико Търново.³

„КОЦ - В. Търново” - ЕООД се управлява от Управител, който има образователно-квалификационна степен „Магистър“ по медицина, специалност по

¹ Устройствен правилник на КОЦ-В. Търново от 01. 04. 2016г.

² Устройствен правилник на КОЦ-В. Търново от 01. 04. 2016г.

³ Устройствен правилник на КОЦ-В. Търново от 01. 04. 2016г.

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

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

В устройствения правилник на „КОЦ-В. Търново” - ЕООД от 2010 година е записано, че това е лечебното заведение, в което лекари с помощта на друг персонал извършват следните дейности:

- активно издирване, диагностика и лечение на лица с онкологични заболявания;
- периодично наблюдение, консултации и проследяване на болните с онкологични заболявания и преканцерози;
- регистрация и диспансеризация на болни с онкологични заболявания и преканцерози;
- създаване и поддържане на раков регистър за съответната територия, на обслужвания район и за нуждите на Националния раков регистър;
- промоция и превенция на онкологичните заболявания;
- информирание на обществеността по проблемите на онкологичните заболявания;
- експертна и консултативна дейност в областта на онкологията и медицинската онкология;
- научноизследователска дейност в областта на онкологията;
- провеждане на клинични и терапевтични изпитвания в областта на медицинската онкология;

- реализиране на комплексни програми за обучение и специализация по онкология, медицинска онкология и лъчелечение и здравни грижи;
- осъществяване на консултации по проблемите на онкологичните заболявания в обслужвания район;
- извършване на профилактика и скринингови програми за онкологичните заболявания. 4

В КОЦ могат да се откриват легла за долекуване, продължително лечение, рехабилитация и палиативни грижи, може да предоставят социални услуги по реда на Закона за социалното подпомагане.

С този организационен профил до 2010 година лечебното заведение е с осезаемо присъствие на пазара на онкологичните услуги, със завидна репутация, с отговорно и професионално отношение към здравето на всеки онкологичен пациент от обслужвания регион, а със спечеленото доверие се привличат пациенти от други региони на държавата. След това започва период на сериозни финансови загуби, кадрови промените, текучество и дефицит, а завоюваната с дългогодишен и упорит труд водеща позиция отстъпва на други онкологични звена. Доверието в качеството на услугата е променено, а с това и количеството на работа, и финансовия резултат.

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

Мисия и цели

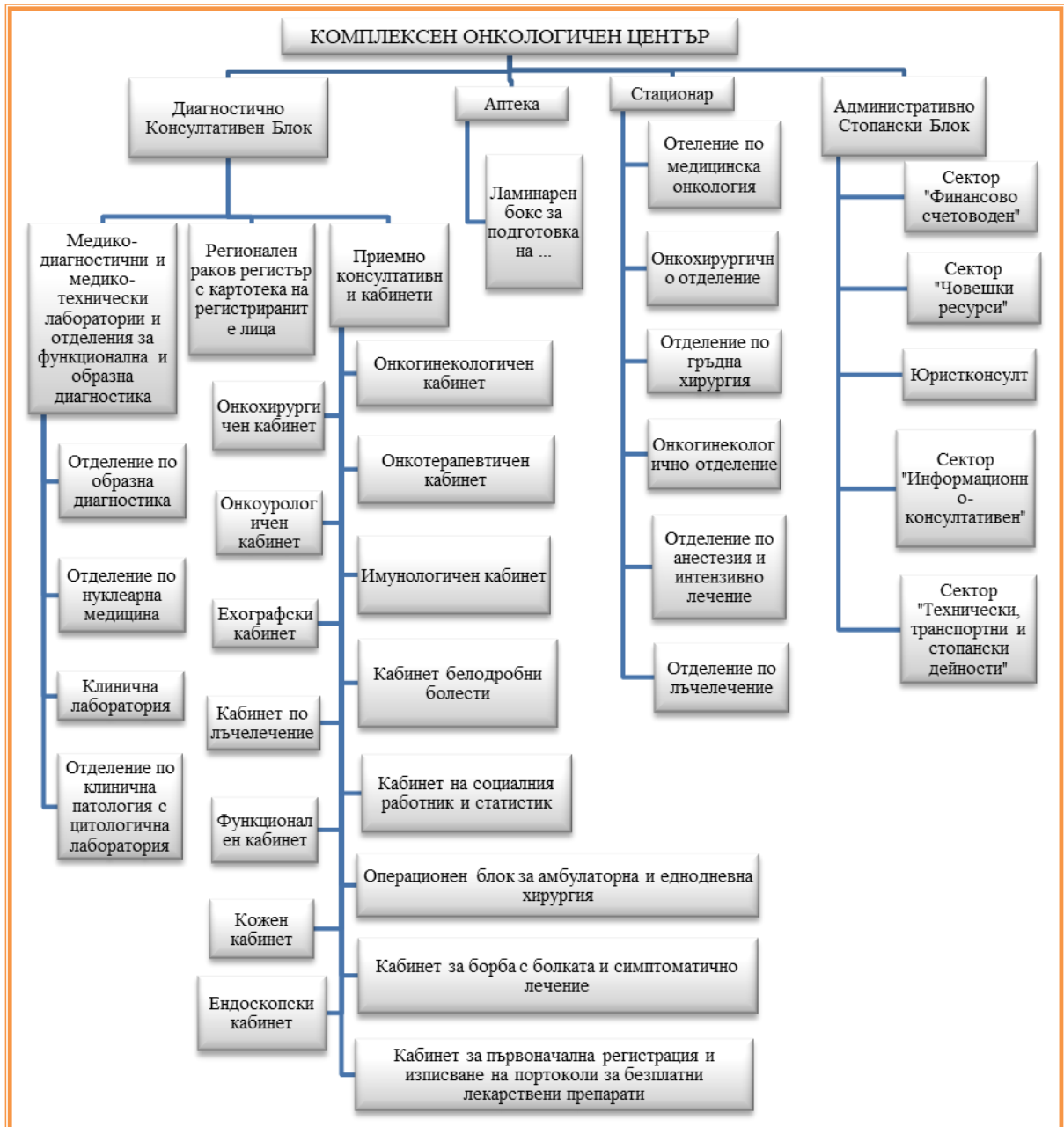
Мисията на лечебното заведение е осигуряване на квалифицирано и комплексно лечение на пациенти със злокачествени новообразувания при спазване на изискванията за добрата медицинска практика, медицински стандарти за лечение и съблюдаване на правата на пациентите. Диспансеризацията се провежда от екип от висококвалифицирани медицински специалисти, във взаимодействие и сътрудничество с други лечебни и здравни заведения, чрез медицинска апаратура и оборудване по необходимите стандарти..

Организационно управленска структура

Структурата на лечебното заведение е изградена в съответствие със Закона за лечебните заведения и Д. В. бр. 59 от 31. 07. 2010г. С решение на ръководството и

⁴ Устройствен правилник на КОЦ-В. Търново от 01. 04. 2016г.

Медицинския съвет Устройственият правилник разрешава разкриване на сектори, отделения, кабинети, когато това е необходимо, с оглед оптимизиране медицинските дейности на заведението.



Фигура 1. Организационна структура на „КОЦ - Велико Търново“ - ЕООД

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

- Диагностично-консултативен блок, включващ приемно-консултативни кабинети, медико-диагностични лаборатории и отделения без легла (клинична лаборатория, отделение по нуклеарна медицина и радиоимунология, отделение по образна диагностика, отделение по клинична патология), канцер регистър за диспансерно болни;
- Стационарен блок с 5 отделения с общо 206 легла до 2015г., като от 2016 същите са намалени с 20 легла-186; а от 2020г. бройката е намалена на 150 , всички те са съответстващи на основните методи от комплексното лечение.
- Звено за регистрация и профилактика на онкологичните заболявания; Канцер регистър.
- Аптека за задоволяване на собствените си нужди.
- АСБ – с администрация, счетоводство, др.

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

Структурата и субординацията на основните блокове е нагледно отразена в графичното представяне във фигура 15. Организационна структура на „КОЦ - Велико Търново“ - ЕООД

Оборудване

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

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

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

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

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

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

5.) „КОЦ-В. Търново”- ЕООД е създад и прилага организация за осигуряване за пациента на всички конвенционални технологии за химиотерапия; лъчелечение; хирургични технологии (операционни зали, оборудвани съгласно стандарта за хирургия и стандарта за анестезия). В областта на химиотерапията се използват всички конвенционални технологии. Работи се по приети с консенсус правила за системно лекарствено лечение на солидните злокачествени тумори и изготвени диагностично-терапевтични алгоритми по локализации и технически фишове за сестрински грижи по химиотерапия. За лечение на пациентите с онкологични заболявания в диспансера се използват повърхностна и дълбока рентгентерапия, брахитерапия. Лъчетерапевтичната апаратура през 2013 г. се замени с нова по-съвременна високоенергийна лъчетерапевтична апаратура (линеен ускорител). В радиологично отделение се работи по специално разработени и приети от Гилдията на лъчетерапевтите собствени стандарти по локализации. Операционният блок отговаря на изискванията на медицинските стандарти по “Хирургия” и “Анестезия”. Той притежава 2 операционни

зали, оборудвани съгласно стандарта по “Хирургия” и “Анестезия и интензивно лечение” и 2 в състояние на „замразен ремонт”. Операционният блок притежава необходимата апаратура за оперативно лечение и мониториране на болните, част от която е амортизирана, но все още покрива изискванията на медицинските стандарти.

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

Партньори

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

3. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ИЗСЛЕДВАНЕТО

Чрез настоящото изследване се споделя разбиране, че здравните системи по света са обект на постоянно развитие и промяна. Тези процеси са продиктувани от стремежа на обществата за постигане на стабилност, устойчивост и високо качество на здравеопазването. Реформите в здравната система поставят пред нейното управление редица предизвикателства, които могат да бъдат преодолені посредством осъществяването на различни промени.

Данните ще намерят приложение в разработените 12 диагностични карти. Всяка една от тях отразява важно за здравната организация направление, а систематизираната информация във всяка отделна карта дава отговор на ключови въпроси отнасящи се към ключовите показатели на дадена дейност. Така с комплексното измерване и оценяване на дейността на здравната организация, в края на анализа могат да се преценят необходимите коригиращи промени, на които да се заложи или да се използват скрити резерви с цел да се постигне балансираност, подобряване на ефективността, конкурентноспособността и резултатността от действията на организацията. Информацията би могла да бъде използвана за създаване на единен софтуерен продукт с оглед внедряване на Балансираната система от показатели /BSC/ като инструмент в стратегическото управление на здравната организация КОЦ-В. Търново- ЕООД, а защо не изграденият модел да не бъде подходящ като модел на стратегическо управление на всяка здравна организация. Традиционният подход за управление на дейността на здравните организации използва предимно финансови показатели, които не могат да отразяват многостранността на всички процеси в тях. Слабост на финансовите показатели е, че те отразяват резултати от минали събития, а не подсказват създаването или разрушаването на стойност в бъдещето.

Събраната информация позволява както да се правят исторически анализи, така и да се откриват тенденции, да се прави прогноза или да се изготви по-добър бюджет, чрез което да се създават условия за мотивация на служителите, резултатите от чиито усилия вече ще са видими, а целите, поставени пред тях, измерими. Крайният резултат от усилията ще бъде чрез Балансираната система от показатели /BSC да се изпълнят стратегическите цели на организацията, а това ще е своеобразен начин за комуникиране на стратегията в цялата организация.

Друга полза за организацията ще бъде предоставяне на анализа на информатици и информационното му обезпечаване с единен софтуерен продукт, което вече при други производствени организации и ВУЗ-ове е факт. Протичащите непрекъснати корекции на закони и наредби от 2000 година в здравеопазването доведе до натрупването на огромни ресурси от информация и данни, които здравната организация не би могла да използва рационално, т. к. за всяка своя дейност те използва различни информационни системи – за медицинската дейност и медикаментите, за счетоводната дейност, за управлението на човешките ресурси, за материали и запаси. В същото време информацията нараства лавинообразно и е необходим начин за ефективното и събиране, обработване, анализ. след което да се използва за обосновани, а не моментни управленски решения. Ръчното събиране на информация е трудоемко, а създаването на софтуерен продукт по типа на Балансираната система от показатели /BSC/ ще даде възможности както за автоматично събиране и обработване на данни от различни бази данни, така и за генерирането на отчети в реално време по предварително зададени критерии. Така с ежедневно събираните реални данни, дейността ще стане прозрачна, по-малко енерго и трудоемка, а така ще се подобри и ефективността на целия трудов процес в различните му аспекти. Така също отразяване на дейностите от оперативен порядък ще улеснят пътя към постигане на основната стратегическа цел. Като цяло реализирането на подобен продукт в системата на здравната организация би довело и до повишаване на качеството и до текущ контрол върху оказваните медицински услуги в лечебното заведение.

Диагностична карта 1 - Управление

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



Графика 1. Диагностична карта 1 - Въпрос №1.

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



Графика 2. Диагностична карта 1 - Въпрос №2.

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



Графика 3. Диагностична карта 1 - Въпрос №3.

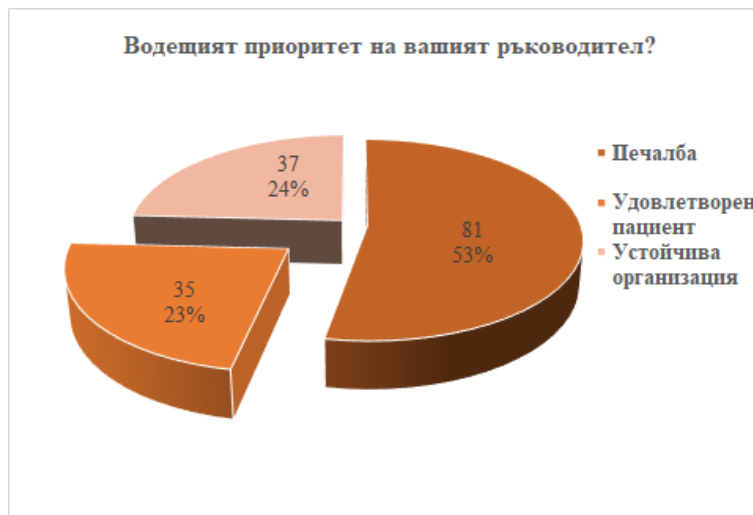
В свободно интервю с напуснали колеги допълваме, че управителят има квалификация съобразена с действащото законодателство, допълнителна квалификация за акредитация на лечебни заведения и съавторство в учебното пособие „Здравен мениджмънт” от авторски колектив под редакцията на Л. Иванов и Ж. Големанова.

Само част от началниците на отделения имат квалификация по здравен мениджмънт. Но са перфектни оперативни работници. Това се отнася и за назначените старши медицински сестри. Главната медицинска сестра е с необходимия ценз.



Графика 4. Диагностична карта 1 - Въпрос №4.

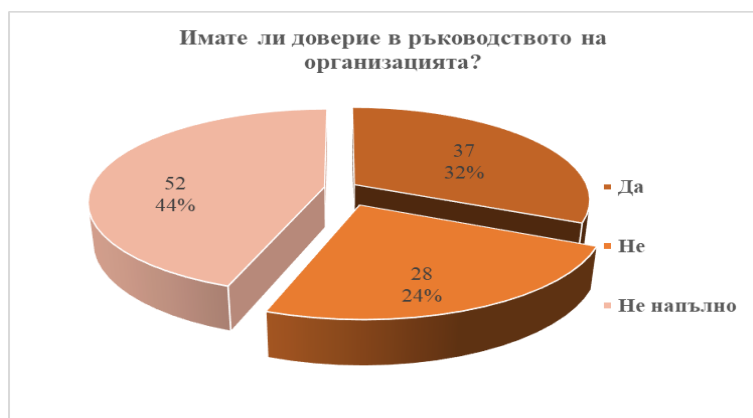
В една от анкетните карти в свободен текст е допълнено, че се въвеждат само иновации обнародвани в Държавен вестник и изискуеми от контролиращи инстанции .



Графика 5. Диагностична карта 1 - Въпрос №5.



Графика 6. Диагностична карта 1 - Въпрос №6.



Графика 7. Диагностична карта 1 - Въпрос №7.

Повече от 5 години колективът не е запознаван с годишните финансови отчети, както не е известно да има стратегията за управление на лечебното заведение. Логично е тогава доверието на анкетираниите от 32% . Управленският стил е едноличен и демотивиращ, с придържане изключително към задължителните по норматив нововъведения, без допълнителна инициативност, което задълбочава проблемите и de facto води до застрашаване съществуването на дейност необходима на две области.

Диагностична карта 2 - Клиенти / пациенти



Графика 8. Диагностична карта 2 - Въпрос №1.



Графика 9. Диагностична карта 2 - Въпрос №2.

В една от анкетните карти бе отразено, че доста от познатите лица с дългогодишен стаж са напуснали, а на лицата заели техните места е необходимо освен старание и познание.



Графика 10. Диагностична карта 2 - Въпрос №3.



Графика 11. Диагностична карта 2 - Въпрос №4.



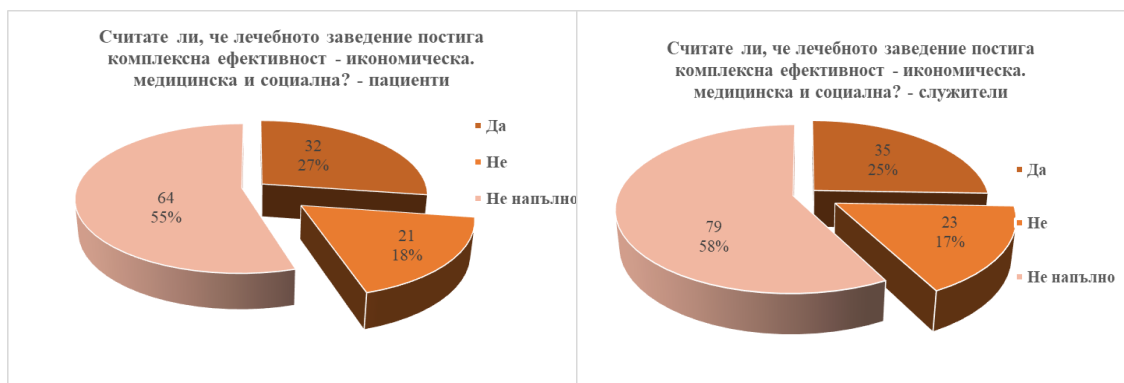
Графика 12. Диагностична карта 2 - Въпрос №5.

Все по-често стигаме до извода, че за бъдещето на организацията е необходимо фокусът да се измести върху параметри измерващи силата на създадените взаимоотношения с пациентите-клиенти /лоялност, степен на удовлетвореност, ниво на обслужване/, т.к. създаването на общественото мнение за лечебното заведение е в основата както на потенциал за просперитет, така и за провал. В икономическата теория много финансови анализатори са на мнение, че тези параметри представляват част от т. нар. „верига на успеха в управлението на връзките с клиентите“.

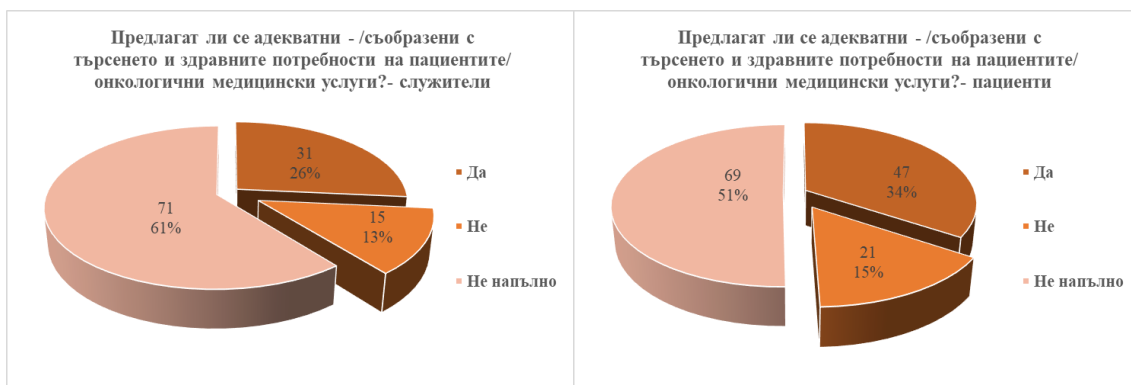
Диагностична карта 3 - Ефективност

Оценката на ефективността има комплексен характер т.к се свързва с изпълнение целите на лечебната организация, с удовлетвореността на пациентите и на персонала. За постигната ефективност говорим, когато са изпълнени и трите аспекта на ефективността - медицинска, финансова и социална. Това означава, че в нея има добре стиковани и детайлни процеси, осигуряващи гъвкавост и адаптивност спрямо промените във външната за лечебното заведение среда. Така се подобрява и продуктивността – друг показател определящ ефективността на организацията.

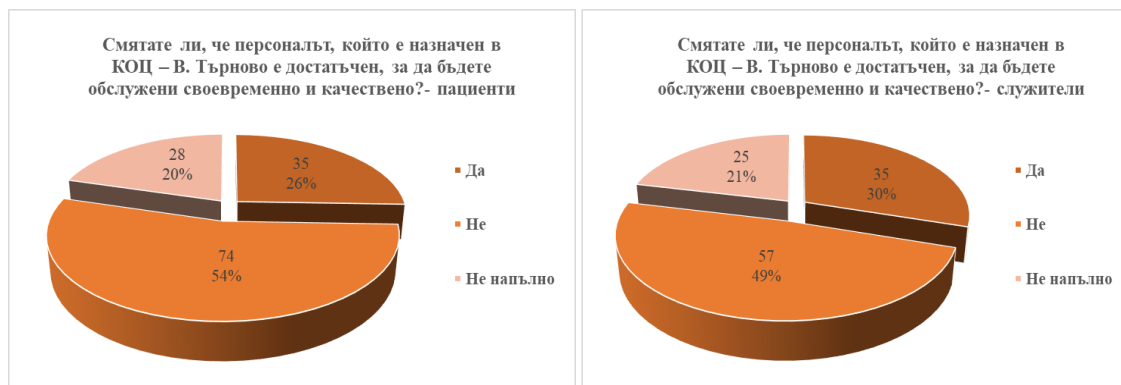
Как отговарят анкетираните пациентите и служителите?



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

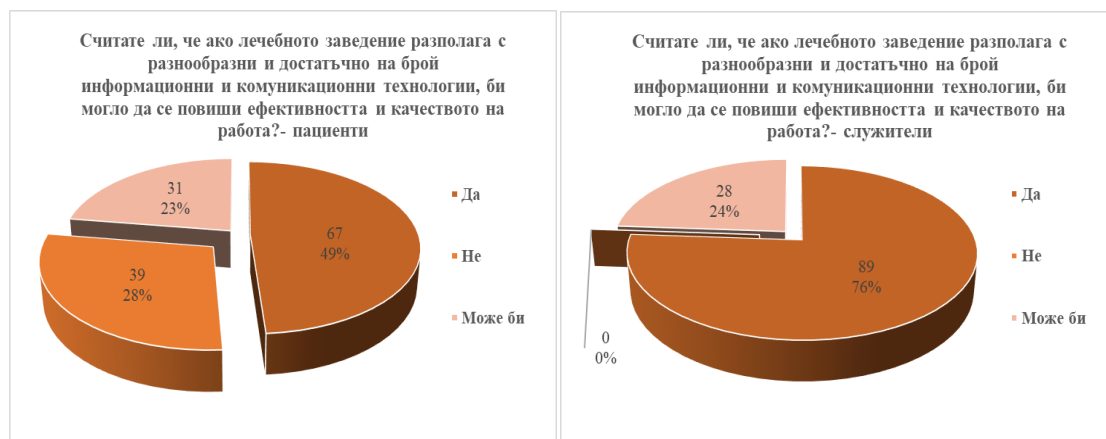


Графика 15 и 16. Диагностична карта 3 - Въпрос №2.



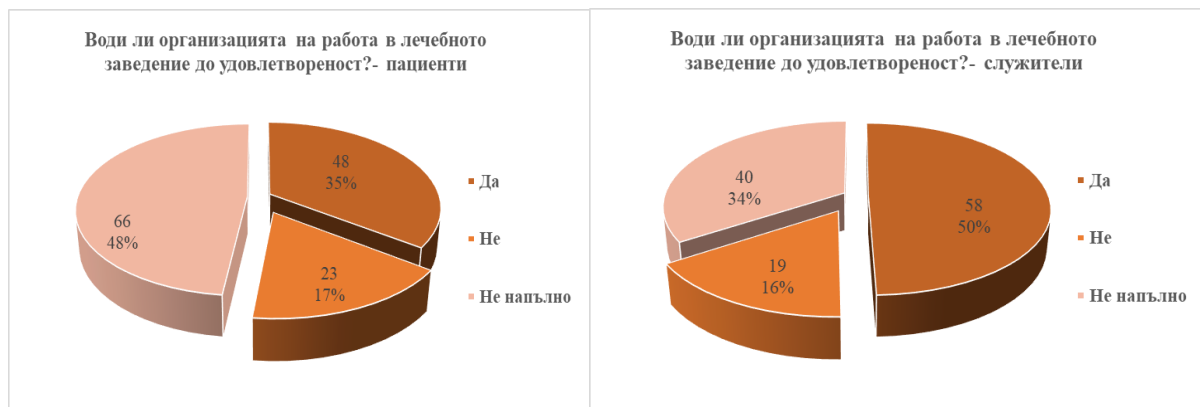
Графика 17 и 18. Диагностична карта 3 - Въпрос №3.

Брой служители, компетентност и ефективност са взаимно обвързани. Колективът и при намален състав за определен период от време би могъл да работи ефективно при налични компетентност, екипен дух и липса на вътрешни междуособици. Както е валиден и обратния вариант- при достатъчен брой служители, но при липса на екипен дух и налични междуособици ефективността в дейността страда.



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

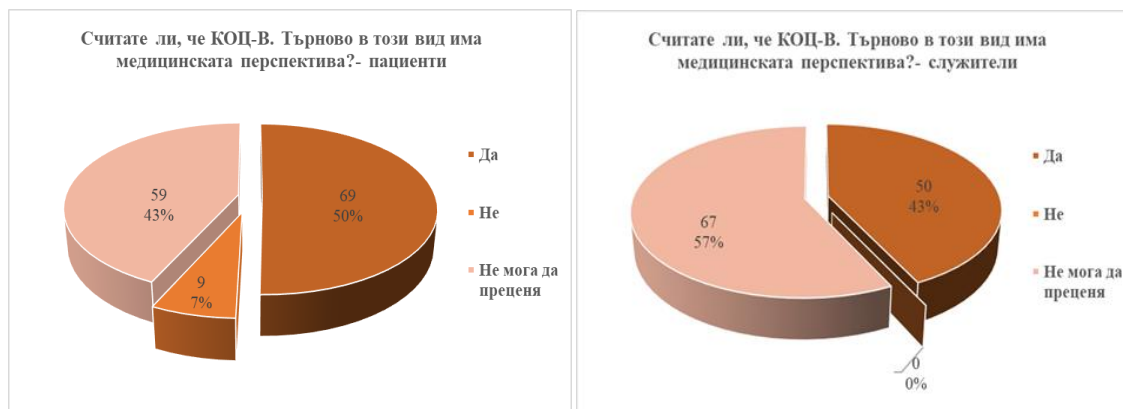
Единодушно е мнението, че ако комуникационните технологии бъдат увеличени ще се подобри ефективността на работа. Във възрастовата категория на персонала вероятно се крие решението на ръководството да не увеличава информационните технологии в ежедневноната работа.



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

Ефективността в лечебната организация страда поради тежестта, намален брой на служителите, възрастова категория на работещите, липса на ефективна комуникация. Това е констатирано от пациентите и от служителите и е една от причините за демотивирани служители.

Диагностична карта 4 - Медицинска перспектива



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

Един от анкетните служители е отговорил, че никога не е разбирал начина на управление и счита за нелогични някои от управленските решения, ако не се преследват други скрити цели. Пред вид реалностите на живота нито един служител не предполага, че пред КОЦ ще няма перспектива.

Анализът на обема на медицинска дейност в лечебното заведение /Диагностично консултативен блок и стационар/ ще определят тенденциите в промените.

Таблица 1. ОТЧЕТ за прегледите в специализираните кабинети на ДКБ за периода 2015 - 2019 год. в “КОЦ -В. Търново” ЕООД.

№	Консултативни кабинети	2015	2016	2017	2018	2019
1.	Онкотерапевтичен	7564	6996 -568	5949 -1047	6309 +360	5559 / -750 Общо -2005 -0. 27%
2.	Онкохирургичен	6130	5169 -961	3929 -1240	3557 -372	3161 / -396 -2969 -0. 48%
3.	Гръдна хирургия	529	373 -156	145 -228	204 +59	175/-29 -354 -0. 67%
4.	Онкогинекологичен	2370	2284 -86	2276 -8	2241 -35	2131 /-110 -239 -10%
5.	Радиологичен	1829	2773 +944	2505 -268	2481 -24	2483/+2 +654 +0.35%
6.	Онкоурологичен	2380	2219	2684	3018	3273/ +893 +0. 37%
7.	Ехографски	5038	4832	4770	4253	4363 -675 -0. 13%

Анализът показва спад на пациентите от всички кабинети без тези от урологичен кабинет. Сумирайки пациентите от кабинетите без ехографски, който е част от общият диспансерен преглед заключаваме, че: ако общият брой пациенти през 2015г. е бил 20802, а през 2019г.–16782, това са с 4020 пациента по-малко или 522 600лв. по-малко при цена на амб. процедура №7 - 130лв.

Значителният спад /- 2005бр. / на пациентите се отчита в терапевтичен кабинет. Напусналия началник отделение ги привлича към МОБАЛ гр. Габрово.

Пациентите на онкохирургичен кабинет са намалели два пъти, но не и пролежалите в стационара. Вероятна причина - спад в доверието поради пропуски в качеството на обслужване в ДКБ.

Значителен спад на пациенти се отчита в кабинета по гръдна хирургия свързано с дългото отсъствие по болест на единствения гръден хирург.

Спад се отчита в онкогинекологичен и ехографски кабинети.

Покачването на пациенти в радиологичен кабинет след въвеждането на линейния ускорител, в следващите години показва спад. Поради факта, че пациентът следва лекаря не малка част предпочитат да последват напусналите колеги от радиологично отделение в КОЦ-Бургас.

Увеличението на пациентите в урологичен кабинет е с устойчива тенденция и се дължи и на добрите уролози и на факта, че се използват скъпоструващи хормонални препарати, които се получават по адресна регистрация.

Таблица 2. ОТЧЕТ за стационарната дейност за периода 2015 - 2019 година.

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

Анализът на стационарните показатели сочи спад на пациентите. Увеличението в Радиологично отделение след 2015г. се дължи на новата лъчетерапевтична апаратура, а в хирургично отделение на новоназначения колега. Отделението по анестезиология и реанимация също отчита намален брой преминали болни, но при условие, че хирургично отделение отчита увеличение, ни навежда на мисълта, че оперативните интервенции са с по-малка сложност, неонкологични, видно от нарастване на малките и неонкологични операции.

Таблица 3. Болнични показатели

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

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

При намален брой пациенти с 14, а увеличение с 8553 на пролежаните леглодни разсъждаваме и за медицинската перспектива, и за кономическата ефективност на лечебното заведение.

Таблица 4. Оперативна активност на Онкогинекологично отделение

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

С 82 е намаляла оперативната активност на Онкогинекология периода 2015г.-2019г., при незначимо променен процент за различните по сложност интервенции с изключение на последната година, където има значимо намаление със 71 пациента. .

Таблица 5. Оперативна активност на Отделение гръдна хирургия /ОГХ/

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

Със 76 са спаднали пациентите в ОГХ за периода 2015-2019г., при съотношение глеми : средни : малки операции за 2019г. 1:1:1, при значителен спад за големите интервенции.. Обяснението е здравословното състояние на единствения гръден хирург.

Таблица 6. Оперативна активност на Хирургично отделение

ВИД	2015	2016	2017	2018	2019
Млечна жлеза секторални/радикални	184=c119/ p65	173=c106/p 67	135=c81/ p54	150=c84/p 66	149=c72/ p77
Ректум	23	17	17	14	28
Д. черво	28	24	16	25	24
Други онкологични	176	139	90	97	115
Хернии	2	1	6	5	35
Др. неонкологични	5	9	62	77	148
Урологични	37	61	148	160	125
ОБЩО	455	424	474	528	624

Оперативната активност в онкохирургия за изминалите пет години е следната :

1. Увеличаване на общият брой оперативни интервенции със 169 пациента.

2. Намалели операции на млечните жлези с 35, а като процент от общия брой от 40% на 24%. Обяснението е в напускането на хирург, който се хабилитира и отне част от потока пациенти.

3. Увеличен брой на неонкологичните операции от 5 на 148, и на хернии от 2 на 33. Обяснението е с постъпване на хирург работил до момента само обща хирургия. Процентното съотношение на тези два вида интервенции нараства от 1% на 29%, като и съответно те са 29% от общият брой на общо извършените операции. А като обем са със среден и малък обем на сложност.

4. Закупуването на видеоцистоскоп увеличи урологичните интервенции от 37 на 160, но през последната година и те бележат спад на 125.

5. Средна оперативна натовареност на лекар :

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

В Отделение Гръдна хирургия един колега със специалност гръдна хирургия, със здравословен проблем и натовареност за 2019г. **155** пациента.

В онкохирургия работят 8 лекари- пет хирурзи, двама уролози и управителят на лечебното заведение. Тъй като управителят е административно ангажиран $455/7=67$ пациента на лекар за 2015 година. $624/7=89$ пациента на лекар за 2019 година. И при увеличени брой операции средната натовареност е под 100 пациента за година.

Диагностична карта 5 - Финансова перспектива на здравната дейност

Приходи и разходи за дружеството през обследвания период и разсъждения.

Таблица 7. Приходи

ПОКАЗАТЕЛИ/хил. лв. /		2015	2016	2017	2018	2019
1. Приходи от продажба на услуги	БП	7545	6661	7650	11200	11781
	О	6033	7431	9523	11615	13027
-по договор с РЗОК	БП	7423	6544	7500	11000	11500
	О	5856	7237	9364	11329	12717
-потребителска такса	БП	12	12	8	9	11
	О	9	8	9	10	9

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

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

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

Таблица 8. Разходи

ПОКАЗАТЕЛИ/хил. лв. /		2015	2016	2017	2018	2019
1. Разходи за материали	БП	3445	3187	3684	6436	6943
	О	3375	3711	5749	7055	8476
2. Разходи за външни услуги	БП	490	403	445	800	920
	О	477	463	789	1007	1027
3. Разходи за амортизации	БП	370	576	580	600	604
	О	323	573	585	598	601
4. Разходи за възнаграждения	БП	2660	1990	2400	2564	2680
	О	1990	2114	2285	2432	2710
5. Разходи за осигуровки	БП	505	384	480	560	586
	О	375	398	440	482	534
6. Други разходи	БП	50	54	5	150	3
	О	46	83	18	3	4
7. Финансови разходи	БП	5	62	50	83	42
	О	99	90	150	88	77
8. Извънредни разходи	БП	4	3	1	4	0
	О	0	0	0	0	0
ОБЩО РАЗХОДИ	БП	7529	6659	7640	11110	11778
	О	6685	7432	10016	11665	13429

Таблица 9. Краткосрочни задължения към 31.12

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

Критерии за оценка на финансовото състояние на организацията :

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

Таблица 10. Отношение на медицинските към общите разходи на организацията:

ПОКАЗАТЕЛИ/хил. лв. /	2015	2016	2017	2018	2019
Общо разходи	6685	7431	10016	11665	13429
Разходи за дейността	3051	3495	5562	6891	8281
Процентно съотношение	45.63%	47.03%	55.53%	59.07%	61.69%

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

Таблица 11. Отношение приходите / разходите:

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

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

Таблица 12. Отношение парични средства / краткосрочни задължения:

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

4. Коэффициент на задължнялост - размер на просрочените задължения, в % към общите разходи за дейността. Просрочените задължения към доставчици към 31 декември на отчетната година да не превишава 0, 1 на сто от общите разходи!

Таблица 13. Отношение на просрочените задължения към общите разходи:

ПОКАЗАТЕЛИ/хил. лв. /	2015	2016	2017	2018	2019
Краткосрочни задължения	2828х.	2735х.	3514х.	3208х.	3690х.
Разходи за дейността	6685	7432	10016	11665	13429
Процентно съотношение	0.42	0.37	0.35	0.27	0.27

Таблица 14. Процент на разходите за работни заплати от общите приходи

Показател	2015г.	2016г.	2017г.	2018г.	2019г.
Ср. мес. бр. р. з.	801лв.	880.76лв.	1045лв.	1165лв.	1161лв.
Заплати	1990	2114	2285	2432	2710
Осигуровки	375	398	440	482	534
Приходи	6081	7431	9571	11663	13027
% без осиг.	32.7%	28.4%	23.8%	20.8%	20.8%
% с осиг.	38.8%	33.8%	28.4%	24.9%	24.9%

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

Таблица 15. Съотношение на разходите за работни заплати към общите разходи

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

Ако числовите изражения говорят за увеличение на заплатите, процентните говорят за намалена покупателната способност на персонала., Външните услуги от 6 685 000лв. нарастват на 13 429 000лв., но процентно са почти константа - /0. 07/.

Таблица 16. Съотношение разходи за външни услуги / общи разходи

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

Таблица 17. Разходи за лихви по търговски взаимоотношения, данъчни лихви, лихви по съдебни споразумения, съдебни разноски

Показател	2015г.	2016г.	2017г.	2018г.	2019г.
Лихви търг. Взаим.	62629,92	63964,44	59 941,55	40 701,68	25 833
Данъчни лихви	31 919.93	18036.91	85 750.58	43 181.71	46314
Лихви НАП	-	-		122.54	107
Съдебни разноски		42622.33			
Общо	94 549.85	124 623.68	145 692.13	84005.93	72 254

Диагностична карта 6 - Служители

Информацията е от анкетното проучване и от ГФО за 5 години . Информацията, която търсим са брой, квалификация, развитие, атестация, мотивация.

Назначението се извършва от управителя, при подбора участват началниците на отделения, главната медицинска сестра, старшите медицински сестри. Планиране и предварителна заявка за квалификационни курсове в системата на РЗИ не се прави.

Съгласно чл. 90 от раздел IV на КТ и ЗЛЗ управителят определя конкурсните длъжности, но поради кадрови дефицит в последните 5 години такъв не е обявяван.

Таблица 18. Проследяване на средно списъчен състав през годините

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020/9м
227	237	252	264	238	220	211	202	199	193	187	190	170

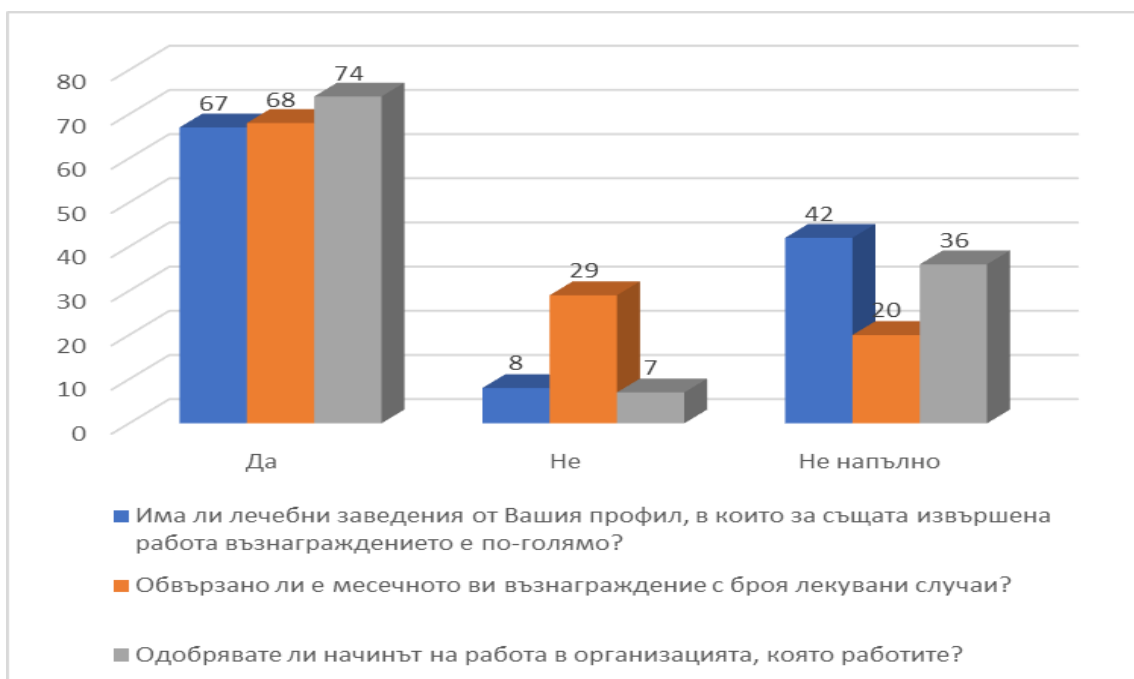
Спрямо 2008г. се отчита намаление с 57, но считано спрямо 2011г., при 264 служители, разликата е 94 човека по-малко.

Таблица 19. Средна численост на персонала по категории

Средно списъчен състав	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	202	199	193	187	190	167
Висш медицински персонал	33	31	33	34	31	33
Висш немедицински персонал	12	13	13	13	12	10
Специалисти по здравни грижи	98	97	88	88	91	73
Друг персонал	59	58	59	52	56	51



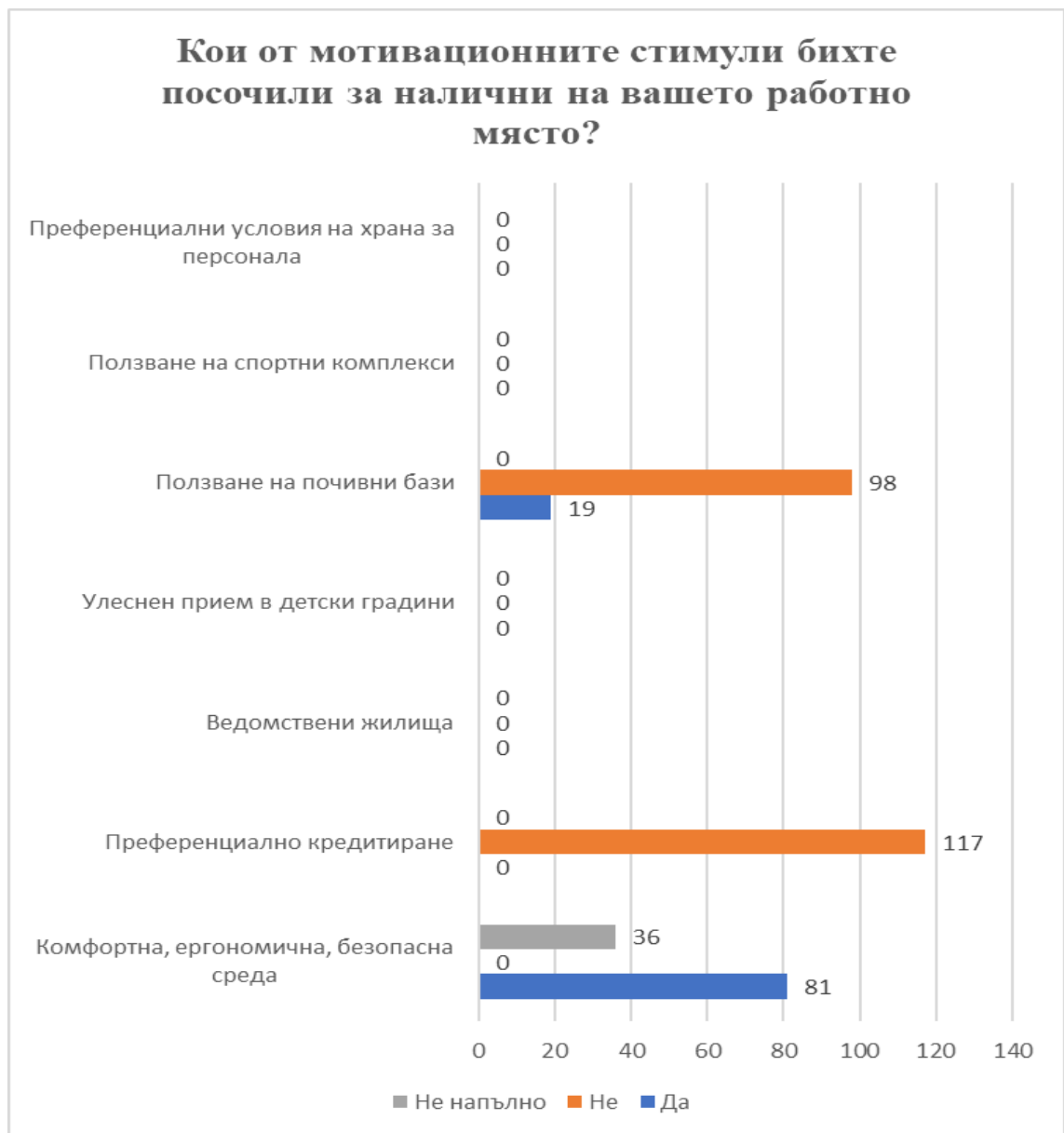
Графика 27. Диагностична карта 6 - Въпрос №1.



Графика 28. Диагностична карта 6 - Въпроси №2, 3 и 4.

От 252 и 264 човека съответно през 2010 и 2011 година след 2015 година има реален недостиг на персонал, като този процес ескалира към момента. В ГФО за 2019г. четем: „Взети са управленски решения по ограничаване на текучеството на наетият персонал, а от там и до снижаване на разходите от обезпечителен характер”. След първото полугодие на 2020г., подпомогнати и от „COVID-19” пандемията, се взе управленско решение за структурна реформа - обединение на всички отделения с оперативна дейност в едно. Възможност за мнение на средния управленски ешалон нямаше, а също и обсъждане с персонала. Хетерогенното естество на работа влоши микроклимата и удовлетвореността на служителите, и значителна част от персонала напусна. Така 2020г. завършва с персонал от 167 служители - почти 100 човека по-малко.

Тенденцията компетентен и квалифициран персонал да напуска лечебното заведение и да се заменя с неквалифициран, се отразява с отрицателен знак на качеството, ефективността, финансовия резултат, на просперитета на ЛЗ.



Графика 29. Диагностична карта 6 - Въпрос №5.

Система за атестация на персонала не функционира, а заплащането в ЛЗ е по-ниско то това за други КОЦ в РБългария. Средната работна заплата в цифрово изражение нараства, но процентно като дял от приходите намалява. При липса на мотивационни механизми и уважение към персонала е нужна само „капка”, за да прелее чашата на търпението, а общественото мнение за ситуацията в КОЦ демотивира новозавършилите кадри.

Диагностична карта 7 - Капацитет / Ресурси

Тази диагностична карта разглежда капацитет, обезпеченост и икономичност.

Капацитетът на лечебното заведение са сгради, апаратура, оборудване, компютърни технологии, консумативи, материали и др., чрез които то реализира дейността си. Технологичните ресурси освен, че са най-скъпите са и много бързо развиващи се. Това води до нарастване дела на разходите за здравеопазване и в световен мащаб. Реалната демографска действителност и необходимостта от скъсяване на престоя в лечебните заведения се нуждае от интензифициране на грижите. Това предполага непрекъснати технологични иновации, нови диагностични и лечебни средства. **Обезпечеността** е потенциала на лечебното заведение, чрез които се извършва основната дейност-сгради, инфраструктура, апаратура и оборудване, информационна система, материали. **Икономичността** се свързва с рационализиране /минимизиране/ на разходите за необходимите ресурси..

Информацията за ключовите показатели в тази диагностична карта е набавена от годишните финансови отчети през изминалите пет години .

А. Материално-техническата база на КОЦ-В. Търново е 100% собственост на Община – В.Търново. Системата на застрояване е отсмесен тип - 6 постройки на разгънатата площ 9 903 кв. м, 53 болничните стаи и 186 болнични легла, като най-новопридобитите активи, резултат от безвъзмездната финансова помощ по Оперативна програма „Регионално развитие“ 2007-2013, е сграда с балансова стойност в размер на 4 580 054, 63 лева, в която е монтирана новата лъчетерапевтична апаратура.

В отремонтираните помещения в хирургическия блок и в новопостроената база по оперативна програма „Регионално развитие“ условията са модерни и комфортни, в съответствие с хигиенните изисквания и необходима безопасност. Очевидни потребности от модернизация и основен ремонт е необходимо в сградата на ДКБ, която е с топла връзка с новоизградения лъчетерапевтичен комплекс.

Б. Медицински технологии

„КОЦ-В. Търново“- ЕООД разполага с апаратура за: конвенционална рентгенография, мамография и КАТ поддържани от лицензирана фирма.

Операционният блок е оборудван по изискванията на медицинските стандарти по “Хирургия” и “ Анестезия и интензивно лечение”, с ендоскопска техника за горна и долна стомашно-чревна ендоскопия, бронхоскопия, видеоасистирани торакоскопия,

цистоскопия, диагностична хистероскопия всички на фирма „Олимпус”, но към момента /освен цистоскопия/ е неприложима поради напускане на работещите с нея специалисти. Стационарът разполага с нов ехограф с базови параметри. Част от апаратурата , какъвто е вторият ехограф от 1993г. е от преди 2000 година, но е все още работеща покриваща стандартите по Хирургия и Реанимация.

Отделението по клинична патология разполага с възможност за имунохистохимично изследване. Туморни маркери се изследват като в отделението по нуклеарна медицина, така и в клиничната лаборатория по хемилуминисцентния метод.

За лъчелечение се използват повърхностна, дълбока рентгентерапия и брахитерапия. През 2013г. тя се замени с иновативна, икономична. ефективна, съвременна високоенергийна лъчетерапевтична апаратура по оперативна програма „Регионално развитие“ 2007-2013 на стойност 5 776 891 лв.

В. Инфраструктура

Отоплението е собствено, с парно. Водоснабдяването е централно, безрежимно. Снабдяването с кислород е чрез централна кислородно аспирационна система.

Двете стационарни бази са обезпечени с асансьори, но без топла връзка между тях. Лечебното заведение разполага с два малки паркинга, заведение за бързо хранене собственост на МОБАЛ, а в близост. като част от градската инфраструктура се намират хранителни магазини. Няма достъп до банкомат, но потребността от такъв е реална.

Информационната осигуреност е обезпечена с два сървъра, UPS, мрежа за достъп до всички компютърни конфигурации във всички стационарни и параклинични звена както и във всяка подструктура на Административно – стопанския блок. Комуникацията между персонала се осъществява чрез персонални мобилни телефони.

Г. Транспорт

През 2006г. автомобилният парк бе обновен с два нови леки автомобили - „Опел Зафира” и ВАЗ 21070, чрез които се извозват пациенти, служители, постелъчно бельо за пране, инструментариум за стерилизация, кръв, биологични материали до съответните лаборатории. Изтъква се потребност от линейка за транспорт на пациенти в други лечебни заведения с цел диагностика, консултация или лечение /напр. хемодиализа/.

Д. Медицинска информационна система (МИС)

Отразява всички аспекти на дейността и подпомага ежедневната оперативна дейност на всички нива.

Дружеството използва няколко независими програмни продукта:

1. Инсталирана е програма на МЗ и НЗОК „GlobalHIS” – информационна система за отчитане на **медицинската дейност** - брой приети, преминали пациенти, оперативни намеси – брой, вид, екип, с възможност за написване на оперативен протокол, за **отчитане и одит** на лекарствата предоставени от МЗ за лечение на онкологично болните. Осигурява лесно достъпна информация за текущата дейност на лечебното заведение.

Няма връзка между отделните работни станции - приемен кабинет, диагностичните звена и стационар, което се компенсира с ангажиране на допълнителен човешки ресурс. Единното онкологично досие/ЕОД/ е в хартиен вариант. Там се архивират всички данни, отразяващи състоянието от диспансерно наблюдение на пациентите според наложените нормативи. Там е отразена хистология, локализация на тумора, TNM система, стадий, клинична група. Поддържането му, е изключително трудоемко, достъпът се затруднява в случай, че постъпи пациент по спешност в извънработно време, т.к. ЕОД е на съхранение в регистратурата на Диагностично консултативния блок /ДКБ/. При условия на кадрови дефицит и в ерата на технологичен напредък ще бъде облекчение за персонала и удовлетворение за потребителите електронното онкологично досие ЕОД с възможност за персонализиран достъп от пациента до изследванията проведени по време на диспансерен преглед.

2. При спазване изискванията на Закона за счетоводство дружеството използва счетоводен софтуер на български език Work Flow .

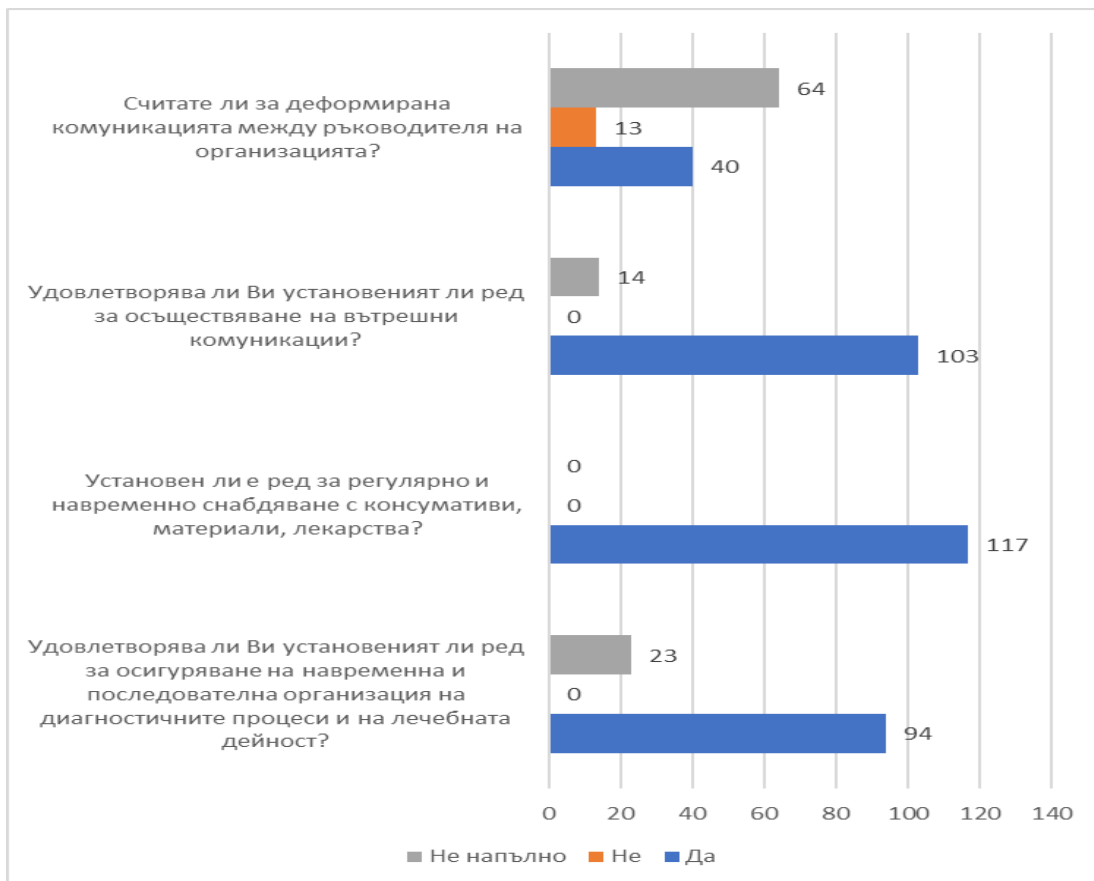
3. За изработване на трудовите възнаграждения и осигуровките се използва одобрен от Министерството на финансите програмен продукт HRManager .

4. Диспансеризираните пациенти се регистрират и наблюдават чрез собствена програма.

Диагностична карта 8 - Вътрешни процеси

Вътрешните процеси в лечебното заведение са толкова разнообразни, колкото е разнообразна и дейността му, и са свързващи елементи между краткосрочни с дългосрочни планове, ресурси и дейности. Начинът, по който протичат или не протичат

процесите определят доколко са организирани те в лечебното заведение и се оприличат със здравия организъм.



Диагностична карта 8 - Организация на процесите в ЛЗ, свързани с основната дейност:

Както синхронно протичат процесите в него, така синхронно би следвало да протичат и процесите в „здравата” организация между различните звена в името на преследваната цел. Това определя ефективността на дейността. Процесите са ефикасни, ако има изградени политики, заповеди, действия, системи за обратна връзка, софтуер и др. Разписването на процесите, внедряване на правила и особено спазването им, правят чудеса дърпайки организацията напред чрез броя удовлетворени пациенти.

Определящи за процесите в организацията направления са организирането на дейността, управлението на качеството на извършваните процеси и наличието на вътрешен контрол.

Управление на качеството:

В проведената успешна първа и единствена акредитация на лечебното заведение през 2009г. е отразено:

„В лечебното заведение е изградена и функционира система за оценка на качеството на диагностичната дейност. Същата гарантира поставянето на ранна диагноза, в т.ч. характеристика и стадий на заболяването в зависимост от локализацията и в съответствие с методичните указания.”

Пак там в критерий № 6. - дейности за подобряване на качеството четем: „Управителят на диспансера непрекъснато анализира, контролира и взема решения относно извършваната медицинска дейност във всичките ѝ аспекти. Като доказателство са приложени доклади, анализи, протоколи. Същите се предоставят на оторизираните органи и институции при необходимост в определения срок.

Периодично (в съответствие с разработените и утвърдени от управителя планове) се провеждат общоболнични и вътреотделенски колегиуми на лекари и специалисти по здравни грижи, насочени основно към организацията на дейността и качеството на здравните услуги, документиран в подробно водени протоколи. Приложени са и протоколи от обсъждане на клинични случаи. „

Към днешна дата, чистосърдечно признаваме, че такива отдавна няма – и за лекари, и за специалисти здравни грижи.

Относно вътрешния контрол отново в акредитационния доклад е отразено: „Механизмите за вътрешен контрол се прилагат на различните управленски нива - управител, различни комисии и съвети, началници на структурни звена, главна и старши медицински сестри.”

По силата на работа по клинични пътеки и договор с НЗОК са разработени алгоритми за диагностични, лечебни дейности и процедури.

Във всяко отделение съобразно спецификата на дейността, за специалистите по здравни грижи са разработени протоколи за манипулации и процедури, документирането на процесите е коректно, документооборотът е чрез вътрешни правила, национални медицински стандарти и приложимото законодателство.

Въпреки всичко гореизброено процесите в КОЦ не са на необходимото ниво, от там страда ефективността на дейността, а от там и качеството на създавания продукт. При усъвършенствани процеси качеството на предлаганата услуга е по-добро, но да не

забравяме че във всички процеси основните участници са хората, а те претърпяха сериозна подмяна въпреки относително запазения числов състав. Поради изразеното текучество и намален кадрови състав внедрените, стандартизирани, управлявани и усъвършенствани в продължение на 70 години процеси често пъти се оказват на базово равнище – веригата от свързаните по между си процеси е разкъсана и лечебното заведение е в състояние на организационна фрагментация.

Процесът по управлението на риска е също показателен. Възможността за управлението му от забавяне внедряването на линейния ускорител и намаляне на загубите с компенсаторния труд на квалифицирани и в разцвета на силите си хирургични екипи беше пропусната.

Твърде късна е равносметката, че организацията не е сбор от отделения и звена, а съвкупност от добре управлявани работни процеси, и от тях им зависи качеството на предлаганата медицинска услуга и на показателите за ефективност. Тази взаимозависимост предполага необходимост от усъвършенстване на процесите.

Диагностична карта 9 - Обучение / Иновации

Обучението и развитието повишава компетентността на персонала, подобрява ефективността и ефикасността на работния процес, усъвършенства услугите, а крайният резултат е повишаване конкурентоспособността на организацията. Измерване на възвръщаемостта на този вид инвестиция е невъзможно, защото това е дейност създаваща стойност. Отношението към процеса на обучение в КОЦ-В. Търново, като част от системата на балансираните показатели се установява от проведена анкета на 117 настоящи и бивши служители, 137 обслужвани пациенти в ДКБ и отчетени разходи в годишните финансови отчети /ГФО/.



Графика 31. Диагностична карта 9 - Въпрос №1.

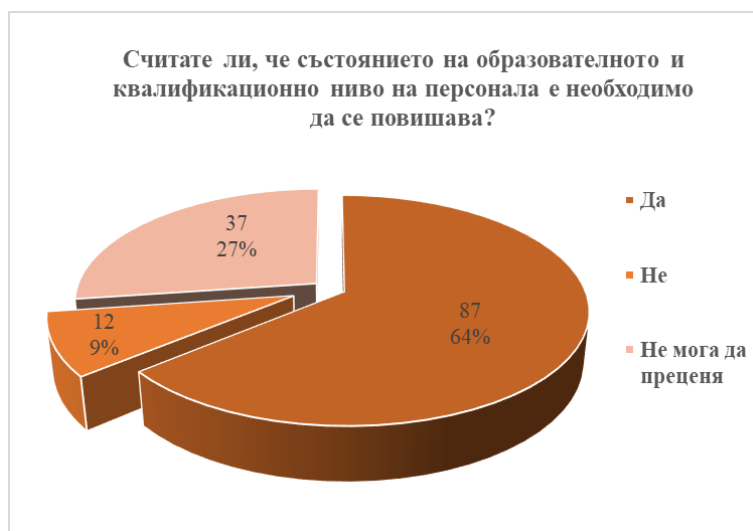


Графика 32. Диагностична карта 9 - Въпрос №2.

В ГФО за 2017г четем: „Новооткритото отделение по Лъчелечение, изисква обезпечаване с кадри, които са с висока образователна степен, а от там и повишаване на прогнозните бройки висш медицински персонал. Предприети са мерки по обучение и усъвършенстване на наетият персонал. ”

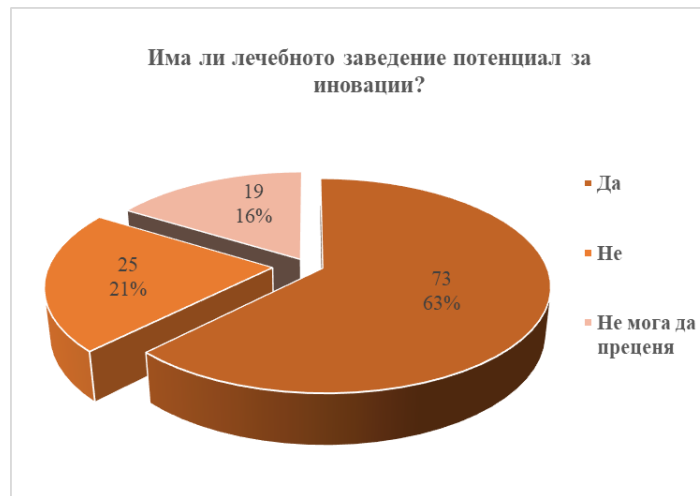
Таблица 20. Разходи за обучение и експертни заключения от 2015 до 2019 година

Година	2015	2016	2017	2018	2019
РАЗХОДИ/хил. лв. /	-	-	-	25 975	17 682

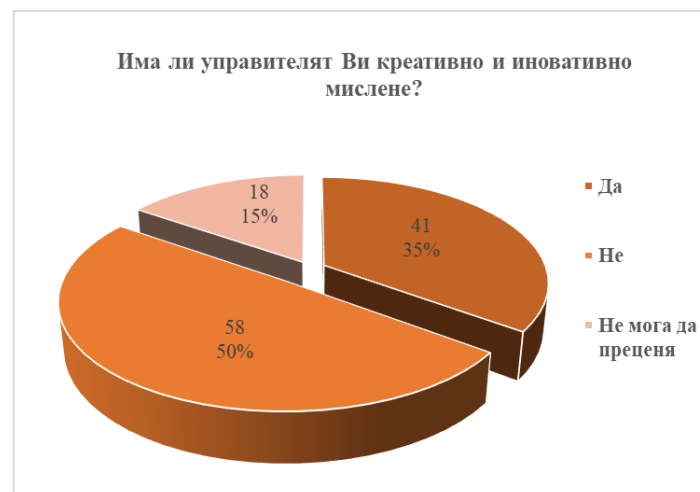


Графика 33. Диагностична карта 9 - Въпрос №3.

Анализите на получените резултати показват, че липсва изградена стратегия за следдипломно обучение на персонала, а липсва и разход през годините в ГФО. Същото се инициира от ръководството само по преценка от такава необходимост, както в указания пример за въвеждане на новия линеен ускорител. А повишеното текучество и новоназначените кадри в предпензионна и пенсионна възраст, налага провеждане на обучение както в направление „Умение за общуване с пациентите” пред вид естетвото на заболяването, така и в направление „търсене на венозен път”. Седем пациенти споделят, че поради невъзможност за намиране на венозен път се връщат в гр. Габрово, от където са те самите. За да им вземат кръв, която обратно носят за изследване в КОЦ. Освен умение придобито след обучение, като процес може да бъде отнесен и към карта №8 /процеси/, а също е и възможност за технологична иновация чрез закупуване на медицински уред за откриване на вените на пациента - веноскоп. Заради посочените слабости пациентите са склонни да търсят други алтернативни решения за диспансерно наблюдение. Изводът е, че спестените пари от обучения на персонала в приоритетни за лечебното заведение области предполагат бъдещи загуби – намален брой клинични процедури и че успешно управление е единствено ориентираното към промени управление. Това корелира и с резултата от проведената анкета относно елемента „иновации”.

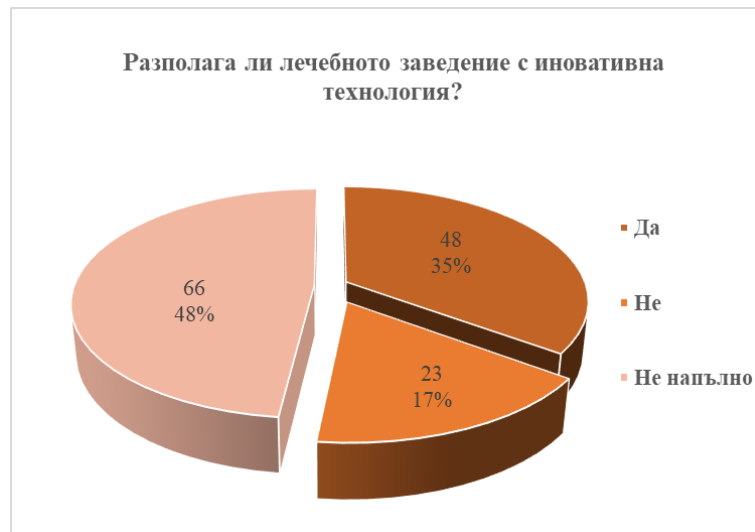


Графика 34. Диагностична карта 9 - Въпрос №1 към пациентите.



Графика 35. Диагностична карта 9 - Въпрос №4.

В свободен текст в 3 от анкетните карти беше отразено, че управителят променя нещо само, ако е задължително от контролиращите инстанции или е обнародвано в държавен вестник.



Графика 36. Диагностична карта 9 - Въпрос №2 - пациенти.



Графика 37. Диагностична карта 9 - Въпрос №5.

В три от анкетните карти е посочено, че началниците на отделения се допуска да имат мнение за продуктови иновации свързани с по-малки финансови разходи. За технологичните иновации отговаря „топ мениджъра“.

Според модела за “Десетте вида иновации”, създаден от Лари Кийли и Райън Пикел иновативни могат да бъдат вътрешно фирмени процеси, логистика, обслужване. Иновациите в процеси водят до устойчиви и дълготрайни конкурентни предимства и понякога те са “скритата съставка”, за конкуренцията, която не може да се копира.

Може да се обсъждат иновации в обслужването. Те освен удовлетвореност от ползваната услуга добавят и стойност. В здравеопазването служат за поправяне на

грешки и правят потребителското преживяване по-добро. Ако се извършат удачно, превръщат един средностатистически продукт в желан продукт, който се радва на добро търсене и висока лоялност от страна на пациентите. Така се спасява традиционна услуга, уязвима от бързо променящите се потребителски вкусове и с финансова невъзможност за инвестиции в нови технологии.

Чрез иновациите в канала се цели произведената услуга да достигне с минимум препятствия и максимум удовлетворение до пациентите- чрез личен контакт, или по електронен път и така потребителят да бъде и спечелен и задържан дълго време.

Иновациите в потребителска ангажираност се изразяват в създаване на смислена връзка между потребителят-пациент и организацията, с което се осмисля и удовлетворява живота на онкологичния пациент.

Иновирайки в разнообразни сфери, се създават устойчиви конкурентни предимства, защита от копиране , а така се осигуряват и бъдещи успехи.

Необходимостта от иновации и от обучение ще се преценят приоритетно съобразно стратегията и извършена диагностика. Анкетното проучване и негативните финансови резултати са недвусмислени, а най-вече област, в която да се работи успешно без обучение няма.

Диагностична карта 10 - Външна среда

Факторите на външната среда са в най-близкото обкръжение на лечебното заведение и са с пряко въздействие върху тях. Най-важният от тях за организацията са *пациентите* / вж. диагностична карта N2/, следвани от *конкурентите* – субектите, с които ЛЗ следва да се състезава по привличане на пациенти. Познаването им в детайли е от изключително значение за стратегическото му управление. За КОЦ-В. Търново такива са всички лечебни заведения регламентирани от МЗ да извършват комплексно лечение на онкологичните заболявания. Напоследък революционен напредък бележи КОЦ-Бургас- един от първите монтирали два нови модела високотехнологични линейни ускорители разполагащи със системата за радиохирургия изравняваща възможностите им с кибернож . Там през 2013г. отидоха високо-квалифицираните колеги-радиолози на КОЦ-В. Търново. Ускорителите разполагат с верификационни системи чрез които се гарантира до милиметър аплицирането на всяка дневна фракция. От 2021г функционира и закупеният абсолютно нов PET- СТскенер. Освен с най-

добрата апаратура за диагностика и лечение на онкологичните пациенти в България там се предлагат и допълнителни услуги към комплексното лечение, с което малко онкологични центрове могат да се похвалят - поставяне на port-a-cat система, естетична медицина, а това позволява привличане на пациенти от цяла България. И докато е имало време, когато в Единните онкологични досиета на пациентите от гр. Бургас е отбелязано основно лечение в КОЦ-В. Търново, по настоящем процесите са обратни – пациенти от гр. В. Търново се лекуват в КОЦ-Бургас.

Конкурентни са и всички лечебни заведения със съвременна апаратура за оперативна дейност и обучен за работа с нея персонал. Осезаема е конкуренцията на МБАЛ "Св. Марина"- гр. Плевен, особено с уникалната роботизирана апаратура, концентриран обучен персонал и адекватна организационна култура. Достъпът е организиран, лесен, канализиран, процесите детайлизирани, ефективни, а резултатът белязан с ефикасност. Порадитова пациентите са готови да заплатят значително по-високи цени за предлаганата услуга.

Модерният транспорт и нови магистрали позволяват бързо решение при здравословен проблем на най-близък член от семейството.

Доставчиците, които снабдяват ЛЗ с разнообразни ресурси при различни условия са също своеобразен фактор от микросредата, а те освен ресурси могат да осигурят на ЛЗ и пациенти при съответни лоялни вертикални взаимоотношения. В условията на Закона за обществени поръчки и обществени покани обаче те позволяват изкривяване.

Пазарът на труда и социалните партньори са също елемент на микросредата. От там се набира качествен човешкия ресурс необходим за стратегическото управление и устойчивото развитие на ЛЗ. Теоретично може да се разчита на разкрития през 2015г. трети филиал /след Русе и Сливен/ по здравни грижи на МУ- гр. Варна с годишен прием 20 медицински сестри, 20 акушерки 4 годишно обучение.

Социалните партньори са медиите и синдикатите с различна сила на влияние. а На практика в последно време често се случва медиите да политизират влиянието си.

Диагностична карта 11 - Външна макросреда

Като отворена система болничната организация е в взаимодействия и взаимозависимости от околната макросреда. С оглед минимизиране на заплахите е

необходимо непрекъснато наблюдение и анализ на промените във външната среда, т.к. е възможна верижна реакция върху вътрешните елементи на организацията и така промяна на общественото и предназначение - създаване на необходима здравна услуга, чрез преработка на външни капиталови, човешки, финансови и др. ресурси.

Като външни сили на промяната за КОЦ-В. Търново отчитаме:

1. Основополагащи външни сили са **трансформацията на лечебните заведения в търговски дружествена** и произтеклите от това пазарни условия .

2. Поставяне на условия и изисквания съобразени с Европейските изисквания за глобална конкурентноспособност на основата на съвършенство.

3.Технологичният бум изразяващ се в изграждане на съвършен тип технологии за образна диагностика, оперативно лечение, съхранение, обработката на информация, комуникация, презентирание, управление на организационни процеси поражда каскадни промени в здравната организация чрез тяхното внедряване.

4. Новите частни лечебни заведения променят конфигурацията на пазара.

5. Гореизброеното до тук доведе до промяна в здравна култура на населението и повиши претенциите му.

6.Промяната в политиката и финансовите стратегии на правителствата, води до нестабилност на нормативната уредба. Също и продължаващата практика промените в здравното законодателство да са „на парче”, без предварителен, цялостен, аргументиран и приет с консенсус анализ. Като пример може да бъдат дадени:

- Законът за здравното осигуряване, от 1998 г., е с 80 изменения.
- Законът за лечебните заведения, от 1999 г., е с 36 изменения.
- Законът за здравето, от 2004 г., претърпява 30 изменения и допълнения.

При проекта за бюджет на НЗОК за 2019г., без обсъждане и оценка на въздействието, се преложиха кардинални промени на повече от 16 закона.

7.През периода 2010-2012 г. държавата обезкърви системата чрез:

- одържавяване на 1. 400 млн. лв.бюджееен излишък на НЗОК;
- през 2011 г. от бюджета на НЗОК за бюджета на МЗ са отклонени 340 млн. лв, а през 2012г. още 100 млн. лв.
- несъбрани задължителните здравноосигурителни вноски от 1. 2 млн. души.

8. Финансирането на онкологичната помощ остана 100% чрез клинични пътеки, а при недофинансираните клинични пътеки и допълнителни заболявания на

онкологичните пациенти законово е заложен фалита на лечебните дружества. Справка от акредитационния доклад от 2009 година ни показва, че държавната субсидия през 2006г е била 76.7%, през 2007г. – 72.2%, през 2008г.- 70.6% , а през 2012г. отпада. Връща се с Наредба № 8 от 3/11/2016 г. за диспансерните прегледи с амб. процедура №7 за диспансерно наблюдение на онкологичен пациент с цена 130лв.

9. Поради бюрократични неуредици се пропускат възможности за усвояване на средства по оперативните програми.

10. Некоректно протеклата обществена поръчка за линейния ускорител и последвалите процедури забавят пусковия му срок, а човекопотокът се ориентира към други онкологични центрове с вече монтирани такива. /вж. в. ”Борба”/17. 01. 2014г. /

11. Промени в пазара на труда породени от засилена миграция на здравни кадри.

12. Covid – 19 пандемията задълбочи критичното финансово състояние.

Ефективно управляваните промени предполагат щателен анализ на въздействието на всеки един външен фактор и вземане на такова адекватно решение спрямо всеки един от тях, чрез което да може да се минимизират възникналите заплахи и да се използват евентуално създадите се възможности. И обратно – неадекватно управляваната промяна води организацията до сериозен финансов риск.

Диагностична карта 12 - Ползи за обществото

Отчита се важността на общественото мнение в лицето на стейкхолдерите /заинтересованите партньори / на лечебното заведение.

Практиката установява , че мнението им е истински капитал и е определящо и за икономическите изгоди и за икономическите загуби. Важно е да се идентифицират стейкхолдерите с интерес, както към настоящия момент, така и тези с потенциален интерес в бъдеще, а също и тези с пряко и косвено влияние.

За КОЦ-В. Търново преките /от които зависи съществуването и основната дейност/ стейкхолдери са: Министерството на здравеопазването и РЗИ /Районна инспекция по здравеопазване/ като разрешителни и контролиращи органи, НЗОК-Национална здравно осигурителна каса като основен финансиращ и контролиращ орган; Дирекция „Инспекция по труда”, НАП, РЗИ, АЯР.

Косвени стейкхолдери са доставчиците на ресурси, профсъюзи, медии, съсловни организации, обучаващи институции, партньори, конкуренти и др.

Приоритетността на стейкхолдерите се определя съобразно нивото им на значимост, като за оценката им е нужно измерване и анализ на удовлетвореността им.

Обикновено чрез отзиви в медиите, онлайн форуми, преглед на констатации от външни проверки, жалби на пациенти, заведени съдебни дела срещу ЛЗ, преглед на финансово-счетоводна документация е възможно да се информираме за необходимите данни, които служат за анализ на удовлетвореността. De facto до констатации от външни проверки на РЗОК и РЗИ е невъзможно да се доберем, т. к. те никога не са оповестявани пред колектива, но за постъпили жалби на пациенти до РЗОК сме чували и от пациенти, и от проверяващите служители. Сайтът на лечебното заведение - <http://www.onkologyvt.com/news> е заключен за коментар / Comments are closed/

От ГФО установяваме финансовите взаимоотношения с някои стейкхолдери:

Таблица 21. Структура на краткосрочните задължения (в хил. лева)

Към:	2015	2016	2017	2018	2019
Към доставчици и клиенти	2345	2185	2577	2258	2680
Към персонала	175	185	202	185	206
Към осигурителни предприятия	60	64	74	75	81
Данъчни задължения	213	272	616	646	676
Други краткосрочни задължения	35	29	45	44	47
Общо	2828	2735	3514	3208	3690

Таблица 22. Задължения към основните кредитори (в хил. лева)

Съществени задължения към:	2015	2016	2017	2018	2019
Софарма Трейдинг АД	763	560	687	515	527
Медекс	-	367	380	360	235
Либра	-	292	168	-	-
Аквахим	36	28	14	-	-
Рош България	-	-	-	789	889
Алта Фармасютикълс АД	119	265	287	376	724

Таблица 23. От ГФО разбираме също и за неиздължени средства от страна на ключов стейкхолдер-НЗОК:

	2015	2016	2017	2018	2019
Съществени задължения на РЗОК към КОЦ-В-Търново	504 хил. лв	645 хил. лв,	1285 хил. лв.	1 023 607, 92+ скъпоструващи медикаменти 509 841. 68лв. = 1 533 449. 60	1 657 хил. лв.

Изложените и систематизирани показатели не претендират за пълнота, но в трудни времена са показател за затруднени взаимоотношения със заинтересованите партньори. Ще бъде неизгодно за пациентите на две области, ако се стигне до чл. 202 на Търговския закон, който дава право за придобиване на активи от търговското дружество в случай на значителна задлъжнялост, или пък Собственикът на капитала вземе решение за продажба на част от активите. Практиката показва, че пред вид многостранността на процесите в здравната организация, не са достатъчни само финансовите показатели в годишния финансов отчет. Определяща е удовлетвореността на потребителите, съвременния и успешен мениджмънт, мотивираните служители, обучение и иновации и намерения софтуерен израз диагностичен анализ на ЛЗ чрез Балансираната система от показатели /BSC/. Тя е в основата на успеха на съвременния мениджмънт т.к. дава възможност за вземане на информирани и навременни решения и осигурява адаптивност, иновационен път на развитие и предприемачески дух на ЛЗ.

Целта на всяка промяна е подобряването на организацията чрез намаляване на разходи, увеличаване на приходи, решаване на проблеми, използване на възможности, оптимизиране на информационния поток и др. Тя се поражда от действията на външни и вътрешни за организацията фактори /външни и вътрешни сили/ и не е плод на субективни решения, а обективна потребност налагаща се, за да съхрани равновесното състояние на организацията. Същите са подробно описани съответно в диагностични карти № 11 и №10. Въпросът какво се случи през изминалите години и защо ЛЗ в желанието за промяна и съхранение на водещи позиции и признание, което имаше в лицето на пациенти, на водещи онколози на България и на СЗО се подмениха с минимизиране на организационния потенциал и негативен финансов резултат.

Отдаваме водещо място на превръщането на лечебните заведения в търговски дружествена с произтичащите от това пазарни условия и на технологичният напредък. Скоростта на последния нараства в пъти през десетилетията на последните 100 години,

а това налага нови познания и технически средства, а те променят живота на всяка организация. За България важен външен фактор налагащ промяна са и европейските норми и стандарти, по които трябва да функционират болничните лечебни заведения.

Промяната във финансовите стратегии на различните правителства и спрямо онкологичната помощ оказват директно въздействие върху организацията. Така започна идеята за промяна през далечната 2003 година - дълбоко хуманна и съзидателна, преследваща ефект за пациента с онкологично заболяване, за работещия персонал и за обществото като цяло. Но последвалата необходимост от изграждане на модерни лечебни заведения съответстващи на новите европейски стандарти, непрекъснато променящата се нормативна база, голямата информираност и взискателност от страна на пациента, протичащи едновременно, както и нуждата от сериозно количество парични средства и време за планираната промяна, бюрократични неуредици, пропуснати възможностите за получаване на ресурс по оперативни програми и послено, но не и по значимост, началото на организационния упадък на КОЦ- В. Търново се постави с некоректно протеклата обществена поръчка за линейния ускорител и последвалите я дълготрайни юридически процедури. Това промени мечтаните очаквания. Забавеният пусковия срок се последва от отрицателни финансови резултати, намаляне на заплатите, отлив на пациенти към други КОЦ с монтирани линейни ускорители. При липса на резервен план за непредвидени обстоятелства, при неефективно комуникираната и некомуникираната промяна, толериране на едни служители за сметка на други се стигна до напрежение в междуличностните взаимоотношения, незаинтересованост за сегашното и бъдещото състояние на организацията, намаляне на инициативността и на желанието за работа. Тази устойчива тенденция рекушира в човешкия ресурс – текучество и липса на персонал с необходимата квалификация.

Последва нарушение на работните процеси и на качеството им, както от извънредната натовареност на останалия наличен персонал, така и от новопостъпилия /необучен/ персонал в предпенсионна и пенсионна възраст. Така освен, че се промени качество на работа, се промени и производителността на труда.

Пациентското недоволство намери отражение в интернет страницата на лечебното заведение, която в последствие беше заключена за коментари. Промените в общественото мнение катализираха отлива на пациенти. Ненавременните действия,

неадекватно управляваната организационна промяна, пропуснатите много възможности, всички заедно едновременно и каскадно протичащи, определиха негативната тенденция върху финансовия резултат на дружеството, върху работните заплати на персонала и върху кадровия и ресурс, който към началото на обследвания период беше истински капитал.

Стильт на управление в КОЦ „ Велико Търново трябва да намери отражение в:

1. Търсене на нови форми за финансиране като организирани онкопрофилактични прегледи, участие в организираната от МЗ кампания по европейски проект „Спри и се прегледай”, за да се инвестира в нова апаратура, чрез която продуктовата листа от здравни услуги да се разнообрази. На придобиването на допълнителна квалификация се гледаше не като на възможност за създаване на допълнителна стойност, а като заплаха за отнемане на ръководния пост.

2. Кадрова политика за изградени специалисти. Няколко новоназначени специалисти работиха кратко време с обещанията за закупуване на апаратура, за прилична работна заплата и за общинско жилище под наем, след което напуснаха.

3. Търсене на начини за привличане на пациенти.

Организацията загуби пазарни позиции поради бездействие, поради липса на човечност при задържане и диспансерно наблюдение на вече „избягалите,, от КОЦ оперирани пациенти. Диспансеризираните пациенти в КОЦ останаха по силата на нормативната уредба за райониране и по-малко по собствено желание. Репутацията на организацията премина в упадък. Личните лекари на недоволните пациенти преориентират човекопотока за операции и за лъчелечение към лечебни заведения с профил на добре изградена организационна култура и нива на компетентност в други градове. Така финансово стабилните лечебни заведения в града и в държавата, които имат визия за организационното си развитие решаваха кадровия си дефицит с изграждания години и медицински грамотен човешки ресурс на КОЦ-В. Търново. Реално, това беше капиталът носещ конкурентното предимство на лечебното заведение. На новите работни места те намираха съпричастност, уважение, гъвкавост и иновативност, висока степен на подреденост на процесите, предсказуемост и контрол. В разцвета на силите си качествените служители търсеха предизвикателства, човечност, справедливост, кариерно развитие и прилично заплащане. Калени в битките

за живот на онкологичните пациенти, и удовлетворени от резултата на поверената им работа те енергично и с желание изпълняват възложените им задачи.

По неясна причина - умишлено, от небрежност, от незнание, или само от липса на стратегия за развитието на ЛЗ и очаквайки промените да се случат сами, човешката страна на промяната беше подценена, дори игнорирана – като съпротива, като квалификация и като движеща сила в работния процес.

За възстановяване финансовото равновесие и микроклимата се разчиташе на светкавичният положителния ефект от внедряването на съвременна високотехнологична лъчетерапевтична апаратура. В тази заблуда през периода на очакване се пренебрегна пряко и косвено засегнатия човешки ресурс. Човешката страна на промяната бе игнорирана и организацията в тихо самодоволство очакваше високотехнологичните промени да решат всички проблеми.

Нямаше дискусии относно некоректно проведената обществена поръчка, за която персоналът се информираше от местната преса. Нямаше прозрачност и откровеност относно настоящето и бъдещето на дейността в организацията. Високата степен на неопределеност в организацията, при липсата на доверие и информация относно предстоящото развитие, неразбран, незачетен, при липса на диалогичност и консенсус и в знак на съпротива от случващото се над 10 години, персоналът започна да напуска лечебното заведение. Постепенно и осъзнато с помощта и на пандемията от Covid-19 ЛЗ достигна до криза, с краен резултат - кризисна структурна реформа изразяваща се в обединение на всички оперативни структури в едно отделение. Това състояние лимитира състоянието на организацията и тотално разруши балансът между структура и процеси. Ефективните работни екипи и приносят им за постигането на организационните цели не бяха оценени от ръководството.

Ще отговори ли на потребностите на обществеността от две области за хирургична дейност тази структура на ЛЗ? При така действащото законодателство и сложна пандемична обстановка експертите ще решат.

В обобщение: финансови и нефинансови индикатори сочат за нарушение на нормалността в организацията. Поради непредвидени заплахи от външни и вътрешни сили на промяната, поради неадекватно управлявана организационна промяна в лицето на неправилни и на несвоевременно взети необходими управленски решения, поради недостатъчно комуникирана промяна, пренебрегната роля на човешкия фактор,

процесите ориентирани към пациентите са нарушени. Това резултира в репутацията на организацията и намаленото и присъствие на пазара на онкологичната дейност.

Предложения за бенчмаркингови практики и опит на други лечебни заведения приложим в „КОЦ – Велико Търново“

Стратегията за тотално управление на качеството закономерно навлязла от бизнеса в здравеопазването закономерно наложи бенчмаркинга като възможност за повишаване на конкурентноспособността и стимулиране на процесите на промяна в здравната организация. Еталонът за добри постижения стана ориентир за сравнение с най-добрите организации от определена област и ефективен начин за управление на промяната в организациите. Разполагайки с информация за добрите и лошите страни на бенчмаркинговите практики те могат да бъдат въведени и адаптирани към даденото здравно звено, с цел да подобрят дейността и ефективността му по пътя към постигане на начертаните цели.

Приобщаването на държавата към Европейския съюз, наложи промяна в лечебните заведения /в частност в онкологичната мрежа в България/ свързана с процеса на тотално управление на качеството. Подчинени на тези изисквания в КОЦ-В. Търново се започна продължителен процес по внедряване на модерна, съвременна дигитализирана, и с възможност за наблюдение и вътрекухинно лъчелечение лъчетерапевтична апаратура за 5 776 891.20 лева.

Въпреки продължителния процес довел до нарушено равновесното състояние на организацията анализите на показателите за преминали болни и средна брутна работна заплата представени в Диагностичните карти показват, че въпреки намалящия първи показател се отчита увеличен втори, което оправдава надеждите за финансови резултати и качество на лъчелечението.

По примера „равнис по първите” в здравната организация биха могли да се приложат и следните бенчмаркингови практики:

1. Обезболяване със спинален катетър – освен психологичен комфорт в първите 72 часа, при големите коремни операции би имало фармакоикономически ефект, а след това би довело нови пациенти и нови приходи.

2. Поставяне на порт-а-кат система – обичайно на гърдите, под кожата, с местна упойка, за максимум час. Позволява щадене на вените при химиотерапия,

избягва десетките убождания и свързаните с тях усложнения, като така повишава качеството на живот в периода на лечението. В чужбина този метод е стандарт, у нас методът набира популярност през последните години.

3. Хистероскопия с резектоскопия – позволява директен оглед, прицелна биопсия - могат да се извършат с настоящата апаратура, но по-висок клас хистероскоп с резектоскоп бихме разширили дейността с органосъхраняващи операции.

4. Лапароскопски оперативни интервенции – Методът ще е нов за организацията, но в световен и национален план отдавна е претърпял проверката на времето тъй като води до бързо следоперативно възстановяване, по-малко разходи, по-голям оборот на леглата, по-бързо връщане в семейството и на работното място. Към началото на обследвания период съществуваха реални условия за разнообразяване на продуктовата листа

5. По примера на СБАЛЮ гр. София, АДЖИБАДЕМ - Сити Клиник - Онкологичен център, СБАЛОЗ – Варна създаване на **кабинет по медицинска психология**. Целта е да се подпомогне адаптирането към болестта на пациентите и техните близки и се възстанови психологичното им и емоционално равновесие.

6. Мениджмънт на информацията, като начин за създаване на добавени социални и финансови стойности.

Доказано е, че една от движещите сили за адекватни промени са комуникациите чрез информационни технологии. Новите възможности за генериране и предоставяне на информация променят начина на живот, начина на работа и мислене. Изискванията се увеличават непрекъснато на всяко ниво, от индивидуалното през националното до глобалното и би било добре тази локална информационна мрежа да е част от глобалната информационна мрежа в здравеопазването.

Общоизвестен факт е, че „изсветляването“ на фактите чрез електронното здравеопазване ще доведе до намаляване на редица злоупотреби.

7. Puxis - система за управление на медикаменти по примера на Ascibadem, която през 2006 г. въведе система за електронно управление на медикаментите за първи път. Доказано е, че автоматизираното управление на лекарствата решава както традиционните проблеми свързани с медикацията, като например непълна информация, алергии, дозировка, подобрява също и клиничните и оперативни резултати.

8. Мениджмънт на проблема „третиране на хроничната онкологична болка“

Услуга, която освен за пациента ще бъде от изключителна помощ за близките му, съпреживяващи проблемите на онкологично болните. Това налага обучение на персонала по палиативни грижи, качество на живот, грижи за стомирани болни, участие в конференции в това направление , разработване на нагледни материали с указания за заболяването, преодоляване на страничните ефекти .

Така пациенти и техните роднини няма да се чувстват изоставени в последните месеци от живота си и да търсят алтернативни методи за самоспасение.

9. Добра практика, която може да бъде внедрена е ***видеомикроскоп в отделението по Клинична Патология*** , с което ще се придобие възможност за онлайн консултации на хистологичните препарати.

10. Подобряването на Интернет страницата на лечебното заведение – да се поддържа актуална, да бъде с удобство за навигация, с информация за извършваните дейности по договор с НЗОК и с други договорни партньори от други здравноосигурителни компании. Да съдържа информация за платените услуги както и данни за работещите в лечебното заведение специалисти и тяхната степен на квалификация. С персонализиран достъп да предоставя информация за резултати от проведени изследвания за пациенти и лекари, което е вече факт в почти всички КОЦ .

11. Създаване на възможност за телемедицина в реално време по примера на Университетски онкологичен център гр. Плевен-II база.

12. Хай-фу технология /HIFU/ - high intensity focused ultrasound – високо интензивен фокусиран ултразвук. Скъпоструваща революционна технология, немислима към сегашния момент за КОЦ-В.Търново, но от няколко години налична в болница „Света Марина” - гр. Плевен. Чрез насочен ултразвуков сигнал и при уникална прецизност се постига ултразвуковата аблация /стопяване/ на доброкачествени и злокачествени новообразувания в човешкото тяло. Освен органосъхраняваща, терапията е без разрези, кръвозагуба, с минимален риск от инфекции и липса на оперативен стрес. “Ултразвуковата хирургия“ е безшевната хирургия на 21 век.

13. Разкриване на Кабинет за обслужване на пациенти в амбулаторно - домашен режим.

Мерки за развитието на КОЦ- В.Търново към настоящия момент

Ковид-19 пандемията доведе до ескалация на натрупаните през последните години проблеми в организацията и така още веднъж доказа, че добри финансови резултати без добро здравеопазване няма. Освен състоялата се кризисна структурна реформа е необходимо да се положат усилия към завръщането на онкологичните пациенти към КОЦ-В.Търново. Необходимо е страдащият пациент да почувства, че фокусът на вниманието, грижите и предлаганите услуги са насочени към него, поради което част от усилията да се ориентират към дигитализация на предлаганите медицински услуги. Онкологията е една от медицинските специалности, които генерират огромни масиви от данни, свързани с лабораторни, генетични, патоанатомични, образни изследвания и множество разнообразни сложни терапевтични процедури по пътя на пациента с онкологично заболяване. Поради изразеното текучество и консерватизъм по отношение на дигитализацията в организацията настъпи криза в комуникациите, а промени от този тип биха улеснили вземането на бързи, информирани и адекватни решения от всички участници в лечебния процес.

1. За целта е необходимо разработената интернет страница на лечебното заведение да съдържа:

- подробни данни за работещите специалисти по специалности, степен на квалификация, възможност за контакт и работен график на всеки от тях.
- с оглед спецификата на заболяването, неговата социална значимост и последваща степен на инвалидизация е необходимо по подходящ начин / чрез статии или видеоматериал/ да бъде поднесена на пациентите първоначалната симптоматика и клинична картина на различните онкологични заболявания, както и действащата нормативна база при временна и трайна нетрудоспособност.
- възможност за персонална проверка на резултати от проведените изследвания при диспансерните прегледи.
- възможност за онлайн консултации.

Новите възможности за генериране и предоставяне на информация ще пестят време, ще променят начина на живот, на работа и мислене на пациенти и служители.

2. Успоредно с дигитализацията е необходима политика за ускорено създаване, привличане и задържане на кадри чрез обособяване на специални стипендии, различни битови облекчения и привличане на висококвалифицирани специалисти.

3. Осъществяване на кампанийни скринингови прегледи с различна онкологична насоченост, като при установени новооткрити заболявания пациентът да се мотивира да остане да се лекува в КОЦ.

4. Наличието на високо квалифицирани анестезиолози в колектива **позволява да се въведе рутинно обезболяване със спинален катетър**, което при големите коремни операции би имало и фармакоикономически ефект.

5. Завръщането в града на екип от квалифицирани съдови хирурзи позволява привличането им по договор за **поставяне на порт-а-кат система**. Освен, че има възможност за щадене на вените при химиотерапия се повишава и качеството на живот в периода на лечението, а като обособена самостоятелна клинична пътека ще носи и допълнителни приходи при минимален болничен престой.

6. След напускането на гърдният хирург би могло да се използва модерно оборудването, с функционални легла и кислородна инсталация над всяко легло сектор към хирургично отделение, за пациенти с необходимост от палиативни грижи. Практиката показва, че при изразения миграционен процес в държавата, при ангажираност на близките, отглеждането на пациент в терминален стадий е изключително трудно, сложно и с цената на средства, които далеч не отговарят на качеството, което би могло да се предложи в болнично лечебно заведение. А освен осигурено качество на живот за пациента, това би било друго перо за приходи в организацията по съответната клинична пътека.

7. Лечебното заведение би могло да е част от общата мрежа за ваксиниране срещу Ковид-19, т.к. онкологичните пациенти са едни от най-имунокомпрометираните.

8. Да се положи научно начало и развие направлението „Имунотерапия на онкологичните заболявания” към КОЦ-В.Търново, вместо пациенти да се самолекуват с Имунофан и Сатрап по свое усмотрение.

Популяризирането по всякакъв начин на новите възможности за здравни услуги, ще възвърне репутацията на организацията, а с промяната на общественото мнение постепенно ще се увеличат постъпленията в организацията, ще се подобрят икономическите резултати и постепенно и поетапно ще се създаде възможност за инвестиции в апаратура, в квалификацията на персонала, промяна на възнагражденията и ред други иновативни възможности .

4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Въпреки риска, който съществува промяната обикновено е свързана с икономически и социален напредък. При съвременните условия организационната промяна е безспорно необходим сложен и многокомпонентен процес независимо от вида на промяната, обема и мястото в йерархията на сруктурата, която ще се реформира. Тя не е еднократен акт, а продължителен, изискващ управление и същевременно сложен за управление процес, качествено по-различен и по-труден от всекидневната рутинна управленска дейност.

За да бъде ефективна организационната промяна се изисква задълбочен анализ, точна диагноза на сегашния статус, умения за баланс между промяна и стабилност, умения за баланс между целта на организацията и потребностите на хората, нестандартни творчески решения и флексибилност, с оглед просперитета на организацията. Това предполага адекватни културни нагласи, съпричастност и активен фокус върху всички нива на системата (организация – екип – индивид). Това не означава самоцелност и „циментиране” на статуквото, а необходимост, целесъобразност и законност.

Истинският професионализъм се нуждае от откриването и осъзнаването на новите истини за живота и съвременното общество, част от които се крият в електронното здравеопазване. Честите провали или недотам успешни промени обаче навеждат на мисълта, че в съвременната динамична среда, в здравеопазването все още липсва система, която да възпитава управляващи промените кадри, независимо от нивото им.

След множеството анализи в настоящата разработка, недвусмислено се доказва ефективността на Системата от балансирани показатели за повишаване ефективността на мениджмънта. Едва ли съмнение за това каква е ролята на информацията при вземането на управленско решение, особено ако тази информация е навременна и особено актуална. Именно чрез Системата от балансирани показатели, мениджърът ще може да получава информация за всеки един фактор, който го интересува, без да се притеснява от субективизма при определянето на нивата на тези показатели.

Тъй като „КОЦ - В. Търново“ –ЕООД не използва ERP система / планиране на ресурсите на фирмата/, а четири отделни софтуерни продукта, решението е въвеждане на Балансираната система от показатели /BSC/.

Именно след въвеждането на такъв софтуерен продукт, за обработка на информацията от диагностичните карти, мениджърите на организацията биха могли да използват информацията, като я превърнат бързо и ефективно в обосновани решения и действия. Всичко това би довело до икономически и социален възход на организацията и на служителите в нея, което е немислимо без:

- 1) провеждане на обучения, с цел акцентирание на нуждата от промяна и приемане и осъществяване на промяната.
- 2) преките ръководители и висшия мениджърски състав, по силата на личния пример, да демонстрират своя собствен ангажимент към промяната.
- 3) служителите да са мотивирани да работят в организацията, тъй като виждат надежда за нейното развитие.
- 4) да се увеличи финансовия резултат на организацията.
- 5) да се подобрят взаимоотношенията с контрагентите, организацията и нейните доставчици да са взаимозависими и във взаимноизгодни отношения, защото това позволява и на двете страни да създават добавена стойност.
- 6) да се увеличат показателите за социалната ефективност на здравната дейност - това става чрез измерване на удовлетворението на пациентите;
- 7) организацията да стане конкурентноспособна на базата на реални умения и компетентност на човешкия й капитал.

Модерното управление на организацията може да се реализира само от мениджърски екипи с висока квалификация, които работят в условия на непрекъснатост на организационно-управленски иновации в контекста на динамично променящата се външна среда.

Организациите, които се подчиняват на стабилността, живеят в миналото и в крайна сметка плащат определена цена за това. Естествено няма универсална формула и прости решения. Един от критичните въпроси, важно предизвикателство и условие за ефективна промяна през новото хилядолетие, е да се реализира максималният потенциал на липсващия в нашата държава човешкия фактор, в името на потребителя - пациента, защото управлението на промяната в голяма степен е свързано с управлението на хората и тяхното отношение към промяната.

Ако си послужим с проявленията в природата и с речника на Филип Котлър можем да направим сравнението, че през последните няколко години „КОЦ - Велико

Търново” се намира в състояние на икономическа турбулентност. При изпълнението на стратегията трябва да се заложи на професионализма и високата квалификация на наличните здравни специалисти, както и да се развият такива здравни услуги, които използват сравнително по-малко ресурси, не водят до продължителна хоспитализация и не натрупват големи разходи.

ИЗВОДИ

1. В настоящият момент пред лидерът на промяната в „КОЦ - В. Търново“ – ЕООД стои предизвикателството да планира, осъществи и контролира промени в правилната посока;

2. Въпреки съкращението на персонал, ограничения на разходите за консумативи, за обучение, за работно облекло, за подновяване и внедряване на нови компютърни системи, последващо разформироване на онкогинекология, усещането за несигурност персистира;

3. Внедрявайки изключително ценна иновативна технология в областта на консервативното лечение, се пренебрегва оперативния сектор;

4. Кризисна структурна реформа изразяваща се в обединение на всички оперативни структури в едно отделение – състояние, при което тотално се разруши балансът между структура и процеси, като с това и потенциалът на организацията се лимитира;

5. В опита за търсене на адаптивен, гъвкав начин за оперативна промяна се стигна до изкривяване на процесите в организацията в различни от досегашните плоскости.

6. Изразеното текучество и намален кадрови състав, дава отражение на качеството на предлаганите медицински услуги;

Възможности за ефективна промяна, могат да се открият навсякъде: в успехите и провалите на самата организация, както и в успехите и провалите на нейните конкуренти; в противоречия, особено в процеса на изпълнение на дейността или противоречия в поведението на пациентите.

ПРЕПОРЪКИ

Предложение за развитие и препоръките към Министерство на здравеопазването, Дирекция "Социални дейности и здравеопазване" към община В.Търново и РЗИ – В. Търново, са следните:

1.Необходимо е систематично и непрекъснато подобрене на предлаганите здравни услуги, производствен процес, маркетинг, обслужване, технологии.

2.Управляващият екип да подаде заявка към софтуерната фирма за проектиране и разработване на софтуерния продукт „Система с балансиращи показатели” като инструмент за стратегическо управление;

3.Закупуване на апарати и инструменти за миниинвазивни изследвания и манипулации;

4. Създаване на единна информационна система, която ще координира дейността между отделните звена в рамките на организацията.

5.Необходимо е непрекъснато обучение, развитие и усъвършенстване на персонала. Ръководството да се ангажира с политика за повишаване на квалификацията на всички служители, изразяваща се в ежегодна програма за специализация и следдипломно обучение.

6.Да се разработи политика към дългосрочното развитие и задържане на служителите, като не се пренебрегват демографските показатели при планирането на кадровата обеспеченост.

Имиджа, който има „КОЦ - В. Търново“ – ЕООД през последните години на пазара на здравните услуги, правят единственият полезен ход за излизане от създалата се ситуация, осъществяването на обстойна диагностика от външен консултант, който да набележи силните и слабите страни, заплахите и евентуалните възможности за развитие. Това би определило вярната посока за развитие. Това няма да може да бъде осъществено без ефективната експлоатация на вече наличните в организацията нови технологии, като линейния ускорител и особено на брахитерапията, която може да се прилага за лечение не само при гинекологични, но и при урологични и хирургични пациенти. След това промяната трябва да продължи с въвеждането на технологични новости и в другите подзвена на организацията.

В този смисъл обхвата на услугите да е фокусиран предимно върху най-често срещаните прекаncerози изискващи хирургична намеса и кратък следоперативен

престой. От хирургията това са и лапароскопските намеси с кратък следоперативен престой (под 3 дни) и финансирани от НЗОК. По подобен начин трябва да се подхожда и към гинекологичния континент, където акцентът да пада по-скоро върху планови ендоскопски гинекологични операции или манипулации.

Така, подобрявайки качеството на предлаганите здравни услуги от диагностицирането през целият процес на лечение, ще се достигне до покриване на съвременните изисквания и за качествено здравеопазване. По този начин завършената здравна услуга, която ще се предлага в „КОЦ - В. Търново“ – ЕООД, би върнала загубеното доверие в него и с това ще се осигури непрекъснатостта на организационната промяна, в отговор на нуждите и изискванията на увеличеният брой пациенти, без да се наруши равновесното състояние на процеса организационна промяна. Тя би трябвало да бъде една систематична политика на иновациите или по друг начин казано създаваща промени политика. Чрез една такава политика, лидерът на промяната би си осигурил подкрепата на човешкият ресурс в организацията, който ще успее да види възможностите, които промяната предлага.

Новаторското мислене представлява постоянна работа, която трябва да бъде организирана като постоянен компонент във всяко звено на организацията и на всяко от управленските нива.

Резултатът от успешната промяна трябва да доведе до изграждане на продуктивна работна среда с последващи рентабилност, конкурентноспособност, гъвкавост и ефективност. Именно това е варианта за въвеждане на ефективно управление на промените първо в оперативен, а в следствие и в стратегически порядък. Което към днешна дата означава, че имаме още много да учим как се управляват ефективно промени, а в името на професията и българския пациент усилието е напълно оправдано!

ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

НАУЧНО-ПРИЛОЖНИ ПРИНОСИ

- Набелязани са стратегии за усъвършенстване на процеса на организационна промяна в КОЦ-Велико Търново, както и развитие на организационното поведение от страна на мениджърите в посока маркетинг, обслужване, технологии, обучение и развитие на персонала и комуникация на всички нива;
- Представени са практики основани на бенчмаркинга, които могат да бъдат приложими в КОЦ - В. Търново, съблюдавайки предмета на дейност, мисията и целите, както нормативните промени и повишаващите се изисквания на пациентите;
- Посочва се, че ефективно управление в здравеопазването може да се постигне чрез използване на адаптирана към лечебните заведения Балансирана система от показатели /BSC/, с последващ диагностичен анализ, изготвяне на диагностични карти, като крайният резултат е обобщен в сертифициран програмен продукт.

НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧНИ ПРИНОСИ

- Идентифицирани са основните причини за организационна промяна, които показват остра необходимост от стратегия за ефективност на Комплексен онкологичен център, насочена към потребностите на пациентите и мениджмънт отразяващ организационно-управленските иновации в контекста на динамично променящата се външна среда;
- Направени са конкретни предложения за въвеждане на маркетингови, организационно-управленски, социално-етични методи за организационна промяна, чиято цел е съвършената организация базирана на система за тотално управление на качеството /TQM/.

ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. A.Manoilova, B.Borisova, Organizational change management through benchmarking, *Medikus-International medical scientific journal* 2020/1 (81), ISSN 2409-563X
2. Б.Борисова, А. Маноилова, Бенчмаркинг като метод за осъществяване на организационна промяна в здравеопазването - *Обща медицина*, 2020, 22 (3): 67-72, ISSN-1311-1817
3. А.Маноилова, Б.Борисова., Стратегии за осъществяване на организационна промяна в здравеопазването, *Медицински меридиани* 2020/1, 19с. ISSN 1314-1090
4. Маноилова А., Б. Борисова, Прилагането на система с балансирани показатели /BSC/- предизвикателство и необходимост в управлението на организационната промяна в болничната помощ, *Педагогическо образование – традиции и съвременност: сборник доклади, Международна научна конференция В.Търново 20.11.2020г.* ISSN 2534-9317
5. А.Маноилова, Съпротива срещу организационна промяна и подходи за преодоляване, *Медицински меридиани* 2020/3, 44с. ISSN 1314-1090
6. A.Manoilova,B.Borisova, The need to manage organizational changes in a comprehensive cancer center, *Medikus -International medical scientific journal*, 2021/1 46-54p, ISSN 2409-563X