

# МЯСТОТО НА САМООЦЕНКАТА И ОЦЕНКАТА НА КАПАЦИТЕТ В ИКОНОМИЧЕСКОТО УПРАВЛЕНИЕ НА БОЛНИЦИТЕ

*Павлова, Ж.*

## SELF-ESTIMATION AND ESTIMATION OF CAPACITY IN THE ECONOMIC MANAGEMENT OF HOSPITALS

*Pavlova, J.*

*(abstract)*

Problems of the estimation of capacity of hospitals are studied in the article. The author suggests the use of a “matrix” to help the health managers in their responsible and difficult job. The knowledge of economic problems in the hospital management as well as their solution is the key to a successful health reform.

Като обект на управление, болницата е система със сложна, специфична структура и функции. Доброто познаване на системата “болница”, на механизмите на нейното функциониране, са предпоставка за организиране на ефективен болничен мениджмънт. Едно от условията за постигане на оптимално икономическо управление е наличието на навременна, достатъчна и адекватна информация за състоянието на здравното заведение.

Болницата е най-сложната институция в съвременната здравеопазна система. За нейното функциониране са необходими огромни ресурси. Болничното обслужване е най-скъпото в сравнение с другите видове обслужване. Съвременната болница изпълнява широк комплекс от функции:

- ▶ диагностика, лечение и рехабилитация;
- ▶ промоция на здравето, профилактика и здравно възпитание на пациентите;
- ▶ социална и психологическа подкрепа на хоспитализираните пациенти;
- ▶ обучение и квалификация на специалисти и на собствения персонал;
- ▶ изследователска дейност;
- ▶ технически, стопански, транспортни и други дейности.

При всяка от гореизброените дейности, за да бъдат ефективни, е необходимо ръководителят на съответното звено да бъде както добър професионалист, така и мениджър с достатъчно познания и опит в икономическото управление. (4, 7, 22)

Теорията на мениджмънта разглежда хората като основен ресурс на здравеопазването. Мениджмънтът на човешките ресурси е система от дейности, чрез които се постига ефективно използване на персонала за постигане целите на дадена организация и същевременно се удовлетворяват потребностите и очакванията на работещите хора. Идеалният случай е, когато едно лице успява едновременно да изпълни ролята на *официален ръководител* (мениджър) и на *неофициален водач* (лидер). В реалния живот, обаче, това почти не се случва (1, 3, 8, 23).

Стилът на мениджъра отразява общият му подход, типичното му поведение и отношение към подчинените в процеса на вземане на решение и упражняването на власт. Той може да бъде автократичен, консултативен, съпричастен, демократичен, саморегулиращ. Въпреки необходимостта от гъвкавост, стилът на мениджъра не е автономна величина и е подчинен на преследваната цел на организацията. Затова плуралистичният подход се приема за ценно качество в стила на съвременния мениджър. Това качество корелира с изискването за ориентацията на мениджъра към различните степени, форми и нюанси на управленския стил (1, 28).

За управлението на болничната дейност са характерни трудностите, които са специфични за здравеопазването (2, 6, 7, 12, 17). Тези трудности подчертават зависимостта на проблемите и дейностите на болничния мениджър от много външни

фактори. Анализът им и съответното обратно въздействие върху тях са приоритетни принципи и изисквания за болничното управление (87, 113).

Болницата заема много важно място в обществото. На първо място, мисията ѝ е да лекува пациентите, обърнали се за медицинска помощ. Болницата съдейства за непрекъснато подобряване качеството на грижите, също така осигурява възможност и условия за научни изследвания и преподаване, участва активно в технологичното обновяване и повишаване квалификацията на медицинските специалисти на всички нива (9, 14, 18). Болницата спомага за динамизиране на икономическия живот. Тя е място, където се създава заетост за медицински и немедицински специалисти (лекари, медицински сестри, лаборанти, биолози, химици, икономисти, санитарни и много други). Болницата потребява медикаменти, медицинска апаратура и консумативи, с което стимулира развитието на съответните производства. В страните от Европейския съюз (15-те първи членки) разходите за болнично здравеопазване възлизат на около 45% от общите разходи за здравеопазване. (22)

*Оценката* на болничната дейност се извършва текущо (чрез серия от натурални статистически и икономически показатели, експертни оценки) и периодично (акредитация – през 3-5 години). Акредитационната оценка става по определени критерии и показатели чрез сравняване на данните от отделната болница с възприети национални стандарти (4, 6). *Акредитацията* е основно средство за определяне на рисковите места в болницата и за постигане на по-ефективно управление на болничните ресурси.

Чрез нея се цели да се направи оценка на мисията, работния капацитет и изявата на здравното заведение и да се утвърди нов модел на това вече преструктурирано заведение, който ще му позволи да съществува в новите социално-пазарни условия. В процеса на акредитация здравното заведение се освобождава от ненужни мощности и персонал. Самата акредитация е сериозен изпит за ръководния състав на здравното заведение, като паралелно с медицинския анализ се прави и сериозен икономически анализ на дейността на здравното заведение (14, 16).

Акредитацията е процес, насочен към осигуряване качеството на здравните услуги, оценка на базовите възможности за обучение на студенти и специализанти, за постигане на по-добри резултати и информиране на медицинските професионалисти и гражданите.

В настоящата разработка сме се опитали да предложим начин за усъвършенстване икономическото управление в болниците, прилагайки матрицата на Маккинзи за оценка на капацитет.

Методът е разработен в края на 90-те години за целите на оценка на организации от сферата на *третичния* сектор (здравеопазване, образование, култура, спорт, туризъм).

Матрицата на Маккинзи съдържа въпроси за мисията, целите, организационните умения, човешките ресурси, системите и инфраструктурата, организационната структура и културата на институцията. По всеки показател са възможни четири отговора (4-бална система на оценка): 1 – явна нужда от увеличаване на капацитета; 2 – основно ниво на капацитета; 3 – средно ниво на капацитета; 4 – високо ниво на капацитета

<b>Цели</b>	<b>1. Явна нужда от увеличаване на капацитета</b>	<b>2. Основно ниво на капацитета</b>	<b>3. Средно ниво на капацитета</b>	<b>4. Високо ниво на капацитета</b>
<b>Мисия</b>	Мисията не е изразена ясно и в писмена форма, не се приема от работещите в болницата	Отразени са целите и ценностите, но е необходима повече яснота и разбиране от работещите на всички нива	Ясно представена мисия, приема се от повечето работещи и често се обсъждат възможности за усъвършенстване работата в болницата	Болница с точно формулирани мисия, цели и задачи, приети от всички работещи, а също така и от обществеността
<b>Визия</b>	Няма виждане за някакво развитие освен обявеното в мисията, не се разработват планове и програми за бъдещо развитие	Съществуват някакви идеи, но не се предприемат действия за реализирането им	Ясно и конкретно разбиране на това какви са плановете на болницата за развитие; използва се при определяне на действия и приоритети	Убедително виждане на това какво се стреми да постигне заведението, широко прието от работещите и последователно използвано при определяне на задачи и приоритети

<b>Стратегия</b>	<b>1. Явна нужда от увеличаване на капацитета</b>	<b>2. Основно ниво на капацитета</b>	<b>3. Средно ниво на капацитета</b>	<b>4. Високо ниво на капацитета</b>
<b>Обща стратегия</b>	Има някакви мъгляви идеи, но стратегията не влияе върху ежедневно поведение	Съществува стратегия, но не е обвързана с мисията, визията и целите, трудно изпълнима е и има ограничено влияние върху ежедневно поведение	Разработена е единна стратегия, която е обвързана с мисията, визията и целите, но ежедневно поведение отчасти се ръководи от нея	Болницата има ясна единна средно- и дългосрочна стратегия, обвързана с мисията и целите, която е изпълнима. Стратегията подпомага насочването на ежедневно поведение на всички нива в системата

<b>Програми: Съществуващи; Разработване на нови програми</b>	Неясно определени, несъгласувани с мисията и целите, несвързани помежду си. Липсва оценка на пропуските на настоящата програма, възможностите за нови програми са ограничени	Има разработени програми, обвързани с мисията и целите, но действията са хаотични. Системата за оценка на съществуващите и разработване на нови програми е ограничена	Основните програми са съгласувани с мисията, те са част от общата стратегия. Възможност за гъвкаво коригиране на разработените програми о създаване на нови, тясно обвързани с промените в стратегията	Ясни програми, напълно съгласувани с мисията и целите, добре обвързани помежду си и в съответствие със стратегията. Изградена е система за непрекъсната оценка на програмите и възможност за бързи корекции съобразно нуждите на потребителите на здравни услуги
--	--	---	--	--

<b>Организационни умения</b> Управление на постиженията	<b>1. Явна нужда от увеличаване на капацитета</b>	<b>2. Основно ниво на капацитета</b>	<b>3. Средно ниво на капацитета</b>	<b>4. Високо ниво на капацитета</b>
Съотношение цели/ постижения	Целите са неясни; или прекалено лесни или невъзможни за изпълнение, необвързани с общата стратегия	Наличие на реалистични цели, някои са обвързани със стратегията, не се познават от всички работещи в болницата	Конкретни цели, обвързани със стратегията. Изградена система за контрол съотношението цел - постижение	Пълен набор от кратко-, средно- и дългосрочни цели, взаимосвързани със стратегията, ориентирани към дейностите и резултатите от тях, добре разбрани от всички работещи и следвани от тях
Измерване на постиженията	Няма изградена система за събиране, обработка и анализ на информацията.	Съществува информационно бюро, но събраните данни не се анализират своевременно и не се съпоставят с нормативните величини или с най-добрите показатели	Постиганията се отчитат периодично, с отчитане на медицинския, социалния и икономическия ефект, но без да се следи за мястото на болницата в здравеопазната система	Изградена добре действаща болнична информационна система, която подава ежедневно информация на мениджърския екип. Сравняват се основните показатели със средните за страната, региона и света.

Следва самооценка на уменията за планиране:

- Наблюдение на средата
- Стратегическо планиране
- Финансово планиране; изработване на бюджет

Анализ на възможните модели на финансиране и търсене на допълнителни средства за оптимизиране на болничните дейности.

Търсене, развиване и поддържане на ползотворни за болницата връзки с фондации, местната общност и други сродни организации.

По-нататък в матрицата се анализират човешките ресурси на всички нива в болницата по четирибалната скала (изпълнители на медицинска помощ, администрация, технически персонал, управленски екип). Специално място се отделя на качествата на директора и на неговата способност за критична самооценка: насоченост на управленските му въздействия, лидерски качества, аналитично и стратегическо мислене, финансова преценка, опит и репутация.

В оценката на болницата се включват изградените системи и инфраструктура. Особено внимание се отделя на системата за управление на човешките ресурси – набиране, развиване, задържане и стимулиране на персонала; а също и на технологичната инфраструктура: снабденост с компютърна техника, изградени мрежи за постоянна връзка на всички звена и нива; степен на компютърна грамотност на персонала; наличие и ефективно действие на болнична информационна система.

В последния раздел се прави оценка на културата на персонала като отделни личности и на болницата като институция.

Досегашният ни опит показва, че ръководствата на десет болници от различни селища на България проявиха интерес и попълниха Матрицата за оценка на капацитет. От съображения за конфиденциалност на информацията не можем да ги съобщим, тъй като болниците са търговски дружества. Събраните данни сочат, че **шест** от болниците оценяват нивото си като **средно**, а останалите **четири** – **високо**. Единствено по показателя „изградена и действаща болнична информационна система” **седем** от болниците си дават оценка **основно ниво на капацитета**.

Матрицата на Маккинзи може да се използва за самооценка не само на дадена болница, но и на отделни нейни структурни звена. Тя може да бъде използвана и от експерти за оценка на същите институции. Случаите на съвпадане на самооценката и оценката на експертите би следвало да се отчитат като най-успешни.

Матрицата на Маккинзи е подходящ инструмент за оценка на капацитета на болници и дава насоки за намиране на вътрешни и външни резерви за оптимизиране на дейността.

Специално внимание заслужава проблемът с обучението през целия живот на хората, избрали трудния път на здравен мениджър. От голямо значение е непрекъснатото им обучение по икономика на здравеопазването, поради динамичните промени в тази област. Въведените образователно-квалификационни степени (специалист по, бакалавър, магистър) и на образователно-научната “доктор” дават възможност за по-нататъшното

либерализиране на системата по отношение на нейната достъпност, което от своя страна гарантира възможностите за “надграждане” на вече полученото образование (1, 16, 29).

Подчертан интерес представляват проблемите, свързани с остойността на болничния продукт, с приложението на информационните технологии в здравеопазването, с методите за измерване и контрол на качеството на здравната услуга. Целта на обучението е да се създадат мениджъри на здравеопазването, които да придобият способността да съчетават двата основни аспекта в дейностите по здравеопазване: медицинския и икономическия (5, 8, 23). Намирането на баланс между тях е предизвикателство за учени, ръководители на здравеопазването и политици.

Очаква се те да придобият умения за:

- самостоятелно учене и взимане на решения;
- самостоятелно решаване на проблеми;
- социална отговорност;
- комуникативност и работа в екип;
- самостоятелно попълване на знанията и готовност за образование и обучение през целия живот.

Неотдавна реномираното американско месечно списание за мениджъри и предприемачи Fast Company (тираж 725 000 екземпляра) публикува класация на 25-те професии, които ще бъдат най-търсени зад океана в близките четири години. За база са използвани данни на Бюрото за статистика на пазара на труда в САЩ (Bureau of Labor Statistics - BLS), както и мненията на независими експерти. В условията на глоболизиращ се пазар познаването на най-новите тенденции в световен мащаб е задължително за успешното планиране на образованието и кариерното развитие. Освен това новостите на пазара на труда със сигурност ще стигнат и до България, макар и с няколко години закъснение. Професията на здравния мениджър е намерила достойно място в тази класация (30).

Професиите в Топ 25 на Fast Company са подредени в зависимост от четири критерия, които, според авторите на изследването, максимално ги приближават до понятието "успешна професионална кариера". Това са търсенето на професията, потенциалът за ръст на доходите, образователното равнище и възможност за иновативност.

Една от най-важните характеристики на добрата професия е нейната *актуалност*. Степента на търсене има тежест 35% в подреждането на професиите. *Парите* обаче също имат значение. Заплащането има също 35% тежест. Това обаче не е всичко. За всекиго е ясно, че добрата работа предполага *инвестиция в обучение*. Тук показателят зависи от дела на работещите в дадена област, които са завършили висше образование. Неговата тежест в рейтинга на професиите е 20%. Най-после добрата работа предлага *възможност за развитие*. Последните 10% се определят от степента на иновативност и творчество, които тя предлага, от това доколко хората в бранша са отворени за новото и различното, както и в каква степен това е условие и предпоставка за успех (30).

Болничните заведения не се управляват от лекарите, а от здравните мениджъри. Към тази група спадат както управители на малки частни кабинети,

така и администратори на големи болници. Те поемат големи отговорности, свързани с бюджетирането, медицинските застраховки и администрирането на здравните досиета. Здравната индустрия се развива бързо и управлението ѝ става все по-сложно. Това обуславя растящото търсене на висококвалифицирани специалисти по здравен мениджмънт. В България, макар и със закъснение, професията “здравен мениджър” започва да се оценява, макар и не като ниво на заплащане.

Системата на **здравеопазването** е *динамична, сложна, вероятностна, отворена система*. Тя има голям брой елементи и разклонена структура. Поведението ѝ се характеризира с неопределеност. Системният подход и анализ предполагат конкретният случай да се разглежда в неговата среда. Някои изследователи в областта на управлението разглеждат системата като съвкупност от ресурси, които постъпват на входа, циркулират и се преобразуват в нея, и я напускат през изхода (Борисов, В, Г. Ранчов, Ст. Гладилов и др.). От тази позиция ресурсите се възприемат като носители на взаимодействието на системата с околната среда. Ресурсите в здравната система могат да се обособят в пет основни потока: материални, човешки, финансови, информационни и управленски решения. Първите три потока се отнасят към физическата част на системата. Тя се наблюдава и контролира от субекта на управление. С него е свързан потокът на управленските решения. Всички данни от входовете, процесите на преобразуване и изходите на системата се предават на информационната система (четвърти поток). Именно тя е отговорна за целенасочено получаване, съхраняване, обработване и предаване на информацията на специалисти, експерти и мениджъри (2, 10, 11, 13, 15, 16).

Информацията е основен ресурс в управлението на здравните системи. Субектите на управление получават информация за процесите, протичащи както в самите системи, така и във външния свят. За да се оптимизира мениджмънтът в здравеопазването се оказва целесъобразно да се разработват и развиват информационни системи в тази област. Със създаването на медицински информационни системи се цели: автоматизиране на обработката на информацията, намаляване на възможните грешки, ускоряване и усъвършенстване процесите на вземане на управленски решения, осигуряване на достъп до информация на различни йерархични нива. Опитът показва, че това е сложен, продължителен процес, който обединява усилията на специалисти от много научни области (20, 21).

ИКТ и информацията са стратегически фактор за развитие на съвременното здравеопазване. Те дават възможност на здравния мениджър да придобие творческа независимост, повишават самочувствието и самоуважението, възникващи като резултат от отлично представяне в професията, и изграждат самооценка при анализа на избрания собствен път на развитие. По прогнозни данни медицинските центрове в Северна Америка ще похарчат за ИТ \$156 млрд. през 2009 г., а здравните заведения в Западна Европа планират 8 млрд. евро за е-здравеопазване през следващите 4 години, сочат резултатите от актуални проучвания на IDC. Но въпреки оптимистичните прогнози, в сравнение с останалите сектори на икономиката и обществения живот здравеопазването все

още инвестира плахо в информационни технологии. Разходите за здравеопазване по света са около 6 трилиона долара годишно и тази сума ежегодно расте. Населението на планетата като цяло остарява и тази тенденция ще се запази през следващото десетилетие. В същото време е валидно правилото 80-20 – т.е. от всички медицински услуги, които човек ползва 80% се употребяват през последните 20% от годините на живота му. Затова при остаряващото население, натоварването в системата на здравеопазването постоянно се увеличава и не е възможен адекватен отговор на тази ситуация, без прилагането на съвременни информационни и организационни технологии (25, 26, 27).

По данни на специализирания периодичен печат (Cargemini) понастоящем се очертават 5 приоритетни сфери на ИТ инвестиции за здравеопазването в световен мащаб:

- усъвършенстване на средствата, свързани с отчетността и осигуряването на информация за вземането на обосновани решения при дейности свързани с управление на разходите, заплащане на база на определени резултати, обучение;
- ускоряване на въвеждането на нови технологии. При нарастващата комплексност на клиничните и административните информационни системи, внедряването на ново решение може да продължи повече от година. Съкращаването на този срок е еквивалентно на намаляване на тоталната цена за притежание на новата система;
- здравните заведения увеличават инвестициите си за клинични информационни системи и изграждане на електронни досиета на пациентите. Електронните рецепти печелят все повече привърженици сред лекарите. Подобни форми на автоматизация са приложими при действащи здравноосигурителни системи;
- нараства достъпността и ползването на Интернет;
- информационните технологии са средство за осигуряване на пълни данни по дадена проблематика, което спомага за ефективно управление на програми за борба с определени заболявания и с реализацията на продължителни клинични лечения.

В държавите с натрупан опит в областта на болничната информатика (ЕС – 15, САЩ) се заделят между 1,5 и 2 процента от годишния бюджет на болниците. Повечето са с изградени и функциониращи болнични информационни системи. Практиката показва, че инвестициите за информационно осигуряване са високоефективни, спестяват много необосновани разходи и способстват за добър болничен мениджмънт (10, 27, 29, 31).

В нашата страна тези процеси са в начален етап на развитие. Ускоряването им зависи от създаването на дългосрочна стратегия и оперативни планове за електронно здравеопазване, адекватно финансиране, кадрово обезпечаване на концепцията. Висококвалифицираните здравни мениджъри, информационните системи и съвременните инструменти за самооценка и оценка на капацитет са гаранция за ефективно икономическо управление на болниците.

## Литература:

1. Воденичаров Ц., Седемте разлики между медика и мениджъра. С., 2003, 75.
2. Воденичаров Ц., В. Борисов, Ст. Гладилов, К. Чамов, Д. Кръшков, Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване. С., сп. Здравен мениджмънт, 2005, бр. 2, с.5-14.
3. Борисов, В. Синтетична социална медицина с въведение в здравния мениджмънт. Филвест, С., 2002.
4. Борисов, В. Здравен мениджмънт с основи на здравната политика. Филвест, С., 2003.
5. Гладилов, Ст. Икономическият начин на мислене в здравеопазването сп. Здравен мениджмънт, бр.4,5/2005.
6. Гладилов, Ст., Е. Делчева. Икономика на здравеопазването, Princeps, С., 2003.
7. Давидов, Б. Болнична икономика, изд. СУ "Св. Климент Охридски", 2004 г.
8. Дракър, П. Практика на мениджмънта. София, "Класика и стил, 2004.
9. Иванов, Л., Е. Делчева, М. Попова, Т. Стоянова. Ефективно използване на болничните ресурси, сп. Социална медицина, 1999, бр. 4.
10. Ранчов, Г. Теория на системите в управлението на здравеопазването. Сп. Здравен мениджмънт, 2004, т.4, №2, 55-59.
11. Ранчов, Г. Теория на управлението в практиката на здравните системи. Сп. Здравен мениджмънт, 2004, т.4, №4, 47-52.
12. Alglave, F. Hopitaux, cliniques – generation gestion. Ed. Lamarre, Paris, 1992.
13. Altman, D., D. Cutler. Enrollee Mix, Treatment Intensity and Cost in Competing Indemnity and HMO Plans. J. of Health Economics, 2003, 22, 22-45.
14. ANAES. Accreditation des hopitaux en Europe. Bulletin d'information, avril 2005, 60-72.
15. ANAES (Service d'évaluation économique) Le cour de la qualite et de la non qualite a l'hopital. J.Econ.Med., 14, 1996, p.285-290.
16. ANAES. Evaluation des pratiques professionnelles dans les etablissement de sante. Bulletin, juin 2003.
17. Berger, F., D. Ferguson. Innovation: Creativity Techniques for Hospitality Managers. Ed. John Wiley, New York, 1990, 115 p.
18. Berman, H. et al. The Financial Management of Hospitals. Michigan, 1994.
19. Couffinhal, A. et al. Politiques de reduction des inegalites de sante. Un eclairege europeen. IRDES, Bulletin d'information, N92 – Fevrier 2005.
20. Gosse, J., Echange de donnees informatisees hopitaux-mutuelles. Bulletin d'échanges de l'Association, Paris, 2002, N2.
21. Hackbarth, J. D., Adjusting medicare payments for local market input prices, Am. City Busines J., 3, 2002.
22. Healy, J., M. McKee. The evolution of Hospital Systems. In: Hospitals in a changing Europe. WHO, 2000, 14-35.
23. Kotler, Ph. Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation and Control. 8<sup>th</sup> edition. Prentice Hall Int., New Jersey, USA, 1994.

24. Lejeune, P. Mesurer la production des soins hospitaliers. Revue hospitals. Be. [www.abhbvz.be/](http://www.abhbvz.be/)
25. L'informatique hospitaliere en France. [www.admitoutes.asso.fr/](http://www.admitoutes.asso.fr/)
26. Medical Information Systems. [www.hctproject.com/solutions.asp](http://www.hctproject.com/solutions.asp).
27. [www.cio.bg](http://www.cio.bg)
28. [www.credes.fr/ecosante/index.htm](http://www.credes.fr/ecosante/index.htm) – L'hopital.
29. [www.curie.fr/hopital/presentation/info\\_hospitalier.cfm/](http://www.curie.fr/hopital/presentation/info_hospitalier.cfm/)
30. [www.karieri.bg](http://www.karieri.bg)
31. [www.mutation.ifrance.com/systeme](http://www.mutation.ifrance.com/systeme).