

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ «Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ» ВАРНА  
ФАКУЛТЕТ «ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ»  
КАТЕДРА «ИКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ НА  
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО»**

*Мила Георгиева Димитрова*

**МОДЕЛ ЗА ДИАГНОСТИЧЕН АНАЛИЗ  
НА ДЕЙНОСТТА НА БОЛНИЦАТА С ОГЛЕД  
ОПТИМИЗИРАНЕ НА НЕЙНОТО УПРАВЛЕНИЕ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

на дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен “доктор” по специалност „Организация и управление извън сферата на материалното производство“, шифър 05.02.24

***Научен ръководител:***

*доц. Емануела Мутафова, д.и.*

***Рецензенти:***

*проф.д-р Стефан Гладилов, дмн*

*проф. Тодор Ненов, дин*

**ВАРНА  
2012**

Дисертацията е разработена в общ обем от 238 страници, в т.ч. 29 фигури, 48 таблици, 205 литературни източника, от които 83 на кирилица и 122 на латиница. Приложенията представляват 54 страници, а използваната литература – 16 страници.

Публичната защитата на дисертационния труд ще се състои на ..... 2012 г. от ..... часа в зала ..... на МУ – Варна на заседание на одобреното от Академичния съвет научно жури. Материалите по защитата са на разположение на интересуващите се в канцеларията на “Научен отдел” в Медицински университет – Варна.

## ВЪВЕДЕНИЕ

*“Нищо не може да спре една организация така сигурно както хората, които вярват, че начинът им на работа от вчера е най-добрият начин на работа утре.”*

*Джон Мадонна,  
Изпълнителен директор на KPMG*

**Болниците** заемат централно място в националните здравеопазни системи и играят ролята на ключов елемент в процесите на тяхното усъвършенстване. Според Доклада на Световната здравна организация за 2000 г., дизайна, разпределението и процеса на осигуряване на медицинските услуги в болниците, оказва влияние върху ефективността на цялата здравна система (197). Като важен компонент от нея, болниците много често са в центъра на реформите, тъй като: потребяват най-голямата част от бюджета за здравеопазване; политиката им на управление определя достъпа до комплексни и високоспециализирани здравни услуги; играят ролята на центрове за трансфер на знания и умения; допринасят значително за подобряване здравето на популацията и представляват съществен източник на информация и власт (198, 201).

Извършването на **здравна реформа** в България, свързана със стремеж към постигане на ефективност, по-добро качество и изискванията за членство в Европейския съюз, наложило множество промени в българските болници (32). Те придобиха автономност, нов правен статут, начин на управление и финансиране (79). Новите условия, наложило всяка болница да се разглежда и управлява като самостоятелна “бизнес единица”, която трябва да постига “**ефективност**” (8). Цели, свързани с постигането на ефективност са включени и в стратегическите документи, определящи националната здравна политика, в нормативната база, касаеща болниците, както и в договорите за тяхното управление.

Ограничените ресурси и изискванията за ефективност са предпоставките за навлизането на **“управлението, основано на доказателства”** (13). То осигурява високо ниво на качество на управленските решения чрез комбиниране на експертиза, етика, достоверна информация и бизнес факти, при вземане под внимание влиянието на ключовите заинтересовани страни (**стейкхолдери**) (115).

Непрекъснато нарастващите изисквания пред болниците от страна на техните стейкхолдери изисква прилагането на съвкупност от управленски и аналитични процеси за оценка на ефективността на болничното управление, чрез които да се измерва и подобрява постигането на предварително поставените цели (118, 147). Това е задачата на **диагностичния (бизнес) анализ** (94).

**Диагностичният анализ на дейността** подпомага организацията да дефинира стратегическите си цели и да измерва и направлява дейността си съобразно тях (196). С развитието на здравния пазар и конкуренцията нараства нуждата от креативност и иновативност в управлението на болниците. Това прави изборът на адекватен модел за управление много важен за ефективното функциониране и постигане на конкурентноспособност (29).

**Дейността на болниците е много специфична.** Те се отличават от фирмите и бизнес организациите по спецификата на произвеждания продукт, а именно здравна услуга. Здравната услуга представлява всяка отделна дейност или функционално свързан комплекс от дейности, които са: 1. Насочени към опазване, възстановяване или подобряване на здравето 2. Произтичат от мисията на лечебното заведение и допринасят за постигането на неговите цели (30).

Развитието и приложението на **модели за диагностичен анализ на дейността на болниците** представлява особен интерес от страна на ръководители и политици в днешната ера на отговорност, ефективност и стремеж към по-добро качество (130, 138).

В България са правени редица проучвания, свързани с управлението на болниците, но все още има „бели петна”. Изследвани са въпросите, свързани с финансирането, качеството, медицинската ефикасност и управление на човешките ресурси, но почти не са разгледани въпросите, свързани с комплексното измерване и оценяване на болничната дейност, вземането на управленски решения и подобряване на ефективността.

Настоящият труд е опит да се систематизира наличното знание и да се предложи **модел за диагностичен анализ на дейността на болниците**, включващ критичните за успеха параметри на организацията и средата, който да подпомогне тяхното ефективно управление.

**Главната изследователска теза**, която приехме при разработването на настоящият дисертационен труд е, че българските болници се нуждаят от модел за диагностичен анализ на дейността си, който ще бъде необходимата предпоставка за оптимизиране на управлението им и постигането на комплексна ефективност на болничната дейност. В тази връзка бяха оформени следните подтези, подчинени на главната теза:

**Подтеза 1:** Задълбоченият теоретичен анализ на световния опит е необходима предпоставка за разработването на модел за диагностичен анализ на дейността на болницата.

**Подтеза 2:** Съобразяването с националните законови, стратегически и други изисквания към болниците е важно условие при създаването на модела.

**Подтеза 3:** Необходимо е да се изследва състоянието на диагностичния анализ в болниците, неговите особености и недостатъци с оглед разкриването на практическите възможности за анализ на дейността на болниците, с които следва да се съобрази модела.

**Подтеза 4:** Въвеждането в практиката на модел за диагностичен анализ на болничната дейност ще повиши нивото на управление на болниците и системата като цяло.

Подчинени на тезата и подтезите са **целта и задачите** на дисертационния труд, като по-подробно те са посочени в гл.II. За изпълнението им е извършено теоретично проучване (гл.I) и емпирично изследване (гл.III).

**Главните ограничения** при изследването бяха:

1. Изследван бе процеса на диагностичен анализ на дейността в българските болници, без да се анализира тяхната дейност.

2. При изследването на докладите за дейността бяха взети под внимание само онези, които бяха публикувани на официалната интернет страницата на Търговския регистър.

3. Анализът на докладите за дейността на българските болници включва субективната оценка и мнение на автора при трансформирането на описателната информация в цифрова.

# ПОДХОДИ И ОРГАНИЗАЦИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

## 1. Цел

Целта на настоящия труд е създаването на концептуален многомерен модел за балансиран диагностичен анализ на дейността на съвременната болница, включващ критичните за успешно управление параметри на организацията и средата.

## 2. Задачи

За постигането на целта бяха поставени следните задачи:

**2.1. Да се характеризира процеса на диагностичен анализ на дейността в българските болници, като се определят:**

- 1.1. основните направления на дейността;
- 1.2. използваните показатели;
- 1.3. факторите на външната и вътрешната среда;
- 1.4. участниците в процеса, техният опит и познания;
- 1.5. основните затруднения;

**2.2. Да се определи теоретичната, нормативна и практическа база за разработване на модела.**

**2.3. Да се представи методология на модела, която да включва ясна последователност, начин на провеждане на анализа, ключовите направления за анализ, показатели за измерване.**

**2.4. Да се конструира модела и да се изработи схема и алгоритъм за приложението му.**

**3. Предмет на изследването** – процеса на извършване на диагностичен анализ на дейността в българските болници.

**4. Обект на изследването** – управленските екипи в българските болници, които участват в процеса на диагностичен анализ на дейността.

**5. Логическа единица** – всеки член на управленските екипи в българските болници, който участва в извършването на диагностичния анализ на дейността и всеки доклад за болничната дейност, представен в официалната страница на Търговския регистър на лечебните заведения, включени в проучването.

**6. Техническа единица** – всяка отделна болница, принадлежаща към изследваните 4 групи болници: диагностично-лечебни структури към висшите медицински училища; многопрофилни болници за активно лечение (АД, областни); многопрофилни болници МБАЛ, МБДПЛ; специализирани болници.

### **7. Класификация на болниците, включени в проучването**

При представянето на резултатите от двата етапа на проучването, ЛЗБП са разпределени в 4 групи, съгласно класификацията им в регистъра на МЗ, актуален по време на провеждане на проучването. Групите са:

- Диагностично-лечебни структури към висшите медицински училища;
- Многопрофилни болници за активно лечение (АД, областни);
- Многопрофилни болници МБАЛ, МБДПЛ;
- Специализирани болници.

За краткост и удобство в текста те са обозначени като:

- Университетски болници (УБ);
- Областни болници (ОблБ);
- Общински болници (ОбщБ);
- Специализирани болници (СБ).

### **8. Етапи на изследването**

С оглед проследяване на промените в управлението на болниците, изследването бе проведено на два етапа:

**Етап I:** 2006 - 2008 г. – провеждане на структурирано интервю

**Етап II:** 2009 - 2011 г. – извършване на контент анализ

## 9. Материал

В проучването са включени 155 ЛЗБП от общо 251 ЛЗБП в страната или общо 62% от ЛЗБП в страната (данните са съгласно официалния регистър на Министерство на здравеопазването към момента на провеждане на проучването).

**Табл.5** Разпределение на проведените структурирани интервюта и на прегледаните доклади за дейността по видове болници

Болници	ЛЗБП, съгласно Регистъра на МЗ	ЛЗБП, включени в структурираното интервю	В %	Брой попълнени структурирани въпросници	В %	ЛЗБП с проучена документация в Търговския регистър	В %	От тях, ЛЗБП с представен Доклад за дейността	Брой Доклади за дейността, представени от ЛЗБП	Общо болници в проучването
УБ	19	5	26%	13	3%	10	53%	9	28	10
Обл	25	21	84%	75	18%	22	88%	18	51	22
Общ	114	50	44%	193	47%	60	53%	27	76	61
Спец	93	32	34%	131	32%	50	54%	23	56	62
<b>ОБЩО</b>	<b>251</b>	<b>108</b>		<b>412</b>	<b>100%</b>	<b>142</b>		<b>77</b>	<b>211</b>	<b>155</b>
<b>В %</b>	<b>100%</b>	<b>43%</b>				<b>57%</b>		<b>31%</b>		<b>62%</b>

Подробен списък на ЛЗБП, включени в проучването и разпределението им по видове е представен в **Приложение 1, табл. 1, 2, 3 и 4**. Обхванатите ЛЗБП са разпределени равномерно по области на страната. По-подробно това е представено в **Приложение 1, табл. 5**.

Структуриран въпросник е изпратен на ръководните екипи на 155 ЛЗБП в страната (университетски, областни, общински и специализирани). Отговор е получен от 108 (43%) от тях. Общия брой респонденти е 412 души, които пряко участват в анализа на болничната дейност. Разпределението на респондентите по длъжности е представен в **Приложение 1, табл. 6**.

В официалната страница на Търговския регистър са прегледани профилите и документацията на 142 (57%) от болниците в страната. От тях доклади за дейността са представили 77 (31%). Общия брой проучени доклади за дейността за периода 2007-2010 г. е 211. По-подробно разпределение на докладите за дейността по видове болници и по години е представено в **Приложение 1, табл. 7**.



## 10. Методи

Методите за събиране и обработка на информацията включват:

### 10.1. АНАЛИЗ НА ЛИТЕРАТУРАТА:

- български и чужди монографии;
- публикации в периодични издания;
- специализирани издания за икономическа и здравна информация;
- закони и подзаконови нормативни актове;
- материали от конференции, симпозиуми, семинари, обучения;
- изказвания и експертни мнения в електронните медии и печата;
- интернет страници и бази данни (MEDLINE, EBSCO, HINARY, EMERALD, BNET, WHO, EU и др.)
- Електронна база данни към Търговския регистър с официалната документация на българските болници.

**10.2. СТРУКТУРИРАНО ИНТЕРВЮ** - проведено с ръководните екипи на болниците от страната, които пряко са ангажирани в процеса на извършване на анализ на болничната дейност. Използван е стандартизиран въпросник, включващ 25 въпроса от отворен, затворен и полузатворен тип, както и такива за определяне на тегловни коефициенти (**приложение 2. Стандартизиран въпросник**). Този метод е използван в първия етап на изследването по дисертацията, проведено през периода 2006 – 2008 г.

При провеждането на структурираното интервю бяха заложили контролни въпроси и отговори, които имаха за цел да проверят познанията на интервюираните относно изследвания проблем:

- Отговорите на въпрос 5. „Измерване и оценка на какво разбирате под диагностичен анализ на ЛЗ?": „удовлетвореност на персонала”, „удовлетвореност на пациентите” и „други”;
- Отговорите на въпрос 6. „Какъв период от време обхващат анализите ви?": „по-малко от 1 г.” и „други”;
- Отговорите на въпрос 8. „Защо правите диагностичен анализ на дейността на лечебното заведение?": „за установяване на текущо състояние”, „за разгласяване на състоянието на ЛЗ” и „друго”;

- Отговорите на въпрос 9. „Кога извършвате диагностичен анализ?": „друго”;

Проучването е реализирано с подкрепата на Катедра “Икономика и управление на здравеопазването” към Медицински университет – Варна и Регионален център по здравеопазване – Варна (по настоящем Регионална здравна инспекция (РЗИ) – Варна), както и чрез съдействието на всички РЗЦ, респективно РЗИ в страната.

**10.3. КОНТЕНТ АНАЛИЗ** - за трансформиране на описателната информация от официалните доклади за дейността на лечебните заведения за болнична помощ в количествени величини, подлежащи на математическа обработка. Прегледани са всички документи на ЛЗБП, публикувани в профилите им в официалната страница на Търговския регистър, отнасящи се за периода 2007-2010 г. (включително). Те бяха класифицирани и анализирани по следния начин:

1. **Доклад за дейността** (ДД) – предмет на настоящото изследване.
2. **Годишен финансов отчет** (ГФО) – в най-общия случай той съдържа 4 основни таблици (баланс, ОПР, ОПП, капитал), одиторски доклад и приложения.
3. **Консолидиран доклад за дейността** (КДД) – подобен на ДД, но изготвен в цялост за ЛЗБП, което представлява корпоративна група, състояща се от „фирма-майка” и „дъщерни дружества”.
4. **Консолидиран финансов отчет** (КФО) – изготвян от ЛЗБП, което представлява корпоративна група, но съдържащ същите съставни части като ГФО.

Като най-важни документи, засягащи анализа на дейността бяха определени докладите за дейността (ДД) и консолидираните доклади за дейността (КДД). Съгласно нормативните изисквания консолидирани доклади за дейността изготвят консолидираните болнични групи, включващи търговско дружество-майка и едно или няколко дъщерни дружества. Тъй като дейността на дъщерните дружества е извънболнична, то тя не касае настоящото изследване. С оглед осигуряване на сравнимост бяха обхванати само докладите за дейността, с каквито би трябвало да разполагат всички ЛЗБП, включени в изследването.

Прегледани бяха и годишните финансови отчети (ГФО) и консолидираните финансови отчети (КФО) на ЛЗБП. Те не бяха включени по-нататък в изследването, тъй като макар и да съдържат анализ на някои аспекти от дейността, по същество не представляват анализ на дейността, а финансов отчет и не отговарят на поставените изследователски задачи.

Някои от ЛЗБП са публикували и своите Програми за оптимизиране на разходите, Бизнес план, Програма за развитие и управление на дружеството. Макар и единични случаи, те са разгледани, но не са взети под внимание в настоящото изследване, тъй като не отговарят на поставените изследователски задачи.

Контент анализът е ползван по време на втория етап от проведеното изследване в периода 2009 – 2011 г.

**10.4. СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ** – използван е при сравняването на данните от проведеното структурирано интервю с данните от контент анализа. Чрез този метод се установява степента на съвпадение между изразеното субективното мнение на болничните специалисти за извършването на анализ на дейността и практическите аспекти и резултати от осъществяване на този процес. Този метод е приложен още при сравняването на съществуващите теоретични модели за диагностичен анализ за определяне на техните предимства, недостатъци и възможности за практическо приложение в българските болници. Методът беше ползван също и при определяне на ключовите направления на дейността, необходими при разработването на модела за диагностичен анализ.

**10.5. СТАТИСТИЧЕСКИ МЕТОДИ** - използвани са методи за алтернативен анализ, вариационен анализ (мода, медиана, средни величини, размах на вариация, стандартно отклонение), корелационен анализ (рангова корелация на Spearman), анализ на хипотези ( $\chi^2$  на Pearson, t-критерий на Student за сравняване на средни величини, t-критерий на Student за сравняване на относителни величини). Данните от проведеното прочуване бяха обработени статистически с EXCEL 2007 за Windows 7 (продукти на Microsoft Corporation®) и Graph Pad PRISM, v.5.02.

**10.6. ГРАФИЧЕН МЕТОД** - за онагледяване на специфични елементи от теорията на анализа на дейността и представяне на теоретичните модели за провеждането му. Графичния метод бе използван и при представяне на данните от проведеното структурирано интервю, контент анализ, получените от тях резултати и при конструирането на модела за диагностичен анализ.

## **11. Подходи при обработката на данните**

При обработката на данните от проведеното изследване са ползвани два различни подхода:

### **11.1. Анализът на данните от Докладите за дейността е направен:**

**а. „по болници”** - независимо от броя на докладите на едно ЛЗБП, за положителен резултат се приема дори наличието на еднократно посочване на даден аспект на дейността или показател в някой от докладите му. За отрицателен резултат се приема липсата на такова упоменаване в целия комплект доклади. Това е направено с оглед осигуряване на сравнимост на данните от структурираното интервю и докладите за дейността.

**б. „по доклади”** – тази обработка е приложена само при анализа на промените в изготвянето на докладите за дейността през годините (2007-2010 г.)

### **11.2. Анализът на данните от проведеното структурирано интервю е направен:**

**а. „по болници”** - независимо от броя попълнени въпросници/ респонденти от едно ЛЗБП, за положителен резултат се приема дори наличието на един положителен отговор в поне един от тях. За отрицателен резултат се приема липсата на какъвто и да е положителен отговор или наличие на отрицателни отговори в целия комплект въпросници на едно ЛЗБП.

**б. „по респонденти”** - тази обработка е приложена само при въпросите в интервюто, които определят личния опит, йерархична позиция и познаване на изследваните проблеми от респондентите

## ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИАГНОСТИЧНИЯ АНАЛИЗ В БЪЛГАРСКИТЕ БОЛНИЦИ

Проведеното изследване и получени резултати са база за проверка на следните хипотези:

- В българските болници липсват познания за извършването на диагностичен анализ на дейността и той се изразява по-скоро в представянето на отчет за дейността.
- Дисбаланс при ползваните показатели за измерване и анализа на ключовите направления на болничната дейност и ресурси на лечебните заведения.
- Използваните показатели не измерват напредъка на болницата спрямо поставените цели пред нейното управление.

### 1. Резултати от проведеното структурирано интервю

В този раздел са представени опита и позицията на респондентите, тяхното мнение относно диагностичния анализ, времевия му обхват, случаите, в които го извършват и трудностите, които срещат.

Важно условие за достоверността на получените резултати от проучването е обхващането на болничните служители, ангажирани в управлението и извършването на анализ на дейността. Подреддането на респондентите по длъжност е в три групи. Те съответстват на йерархичните нива в управлението (70) на всяка бизнес организация, включително и на ЛЗ:

- **Висше управленско ниво:** Съвет на директорите, Директори, Управители, Заместник директори, Заместник управители;
- **Средно управленско ниво:** Административни началници, административен персонал, специалисти по информационно осигуряване, счетоводители, специалисти по УЧР и др.;
- **Ниско управленско ниво:** Началници на клиники и отделения, главни и старши медицински сестри, друг медицински персонал, участващ в организацията и управлението на ЛЗ.

От общия брой интервюирани 412 лица, 6 (1,5%) от респондентите не са посочили своята длъжност, но са отразили своята позиция по зададените

въпроси. Смятаме, че този факт не влияе съществено при обработката на материала, касаещ мнението на анкетираниите.

**Разпределението на респондентите според техния опит и заемана позиция** показва, че преобладаващата част от интервюираните (около 60%) имат дългогодишен управленски опит (табл. 6). Това дава основание да се приеме, че болниците се управляват от хора с достатъчно познания в областта на болничния мениджмънт и анализ на болничната дейност. Анализът на дейността, който е част от управлението на болниците се извършва предимно от хора с опит над 5 г. ( $t=10.20$ ,  $p<0.001$ ).

**Табл. 6** Опит и позиция на респондентите

Заемана позиция от респондента	над 5 години	от 1 до 4 години	по-малко от 1 година
Съвет на директорите, Директори, Управители, Заместник директори, Заместник управители	19%	8%	3%
Административен началник, административен персонал, информационно осигуряване, счетоводители, УЧР и др. (неизв.)	26%	12%	9%
Началник отделения, мед.сестри, медицински персонал (друг)	12%	5%	4%
<b>Общо (n=412)</b>	<b>58%</b>	<b>25%</b>	<b>16%</b>

**Под анализ на болничната дейност интервюираните разбират** най-често анализа на показателите, свързани с финансовото състояние на ЛЗ (80%) (Табл.7). Този отговор е логичен в унисон с общия стремеж и изисквания за постигане на икономическа ефективност и положителни финансови резултати от болниците.

**Табл.7** Мнение относно анализа на дейността

Измерване и оценка на какво разбирате под анализ на болничната дейност?	медицинска дейност	финансово състояние	удовлетвореност на персонала	удовлетвореност на пациентите	натовареност и използваемост	ефективност	друго
УБ (n=13)	8 (62%)	10 (77%)	1 (8%)	2 (15%)	7 (54%)	11 (85%)	0 (0%)
Обл (n=75)	36 (48%)	65 (87%)	7 (9%)	7 (9%)	47 (63%)	51 (68%)	1 (1%)
Общ (n=193)	91 (47%)	155 (80%)	32 (17%)	32 (17%)	84 (44%)	113 (59%)	5 (3%)
Спец (n=131)	59 (45%)	98 (75%)	25 (19%)	19 (15%)	71 (54%)	75 (57%)	7 (5%)
<b>Общо (n=412)</b>	<b>194 (47%)</b>	<b>328 (80%)</b>	<b>65 (16%)</b>	<b>60 (15%)</b>	<b>209 (51%)</b>	<b>250 (61%)</b>	<b>13 (3%)</b>

Нещо повече – изисквания, свързани с постигането на определени нива на показателите за финансовото състояние на болницата са заложиени в

договора за управление, който се сключва между принципала и съвета на директорите на ЛЗ. Все пак обаче, проследяването само на финансовия аспект е едностранчиво и недостатъчно за качествен анализ на дейността, респективно - добро болнично управление. Основен и задълбочен анализ на финансовото състояние на болницата и показателите, които го характеризират би трябвало да намери място в изготвянето на годишните финансови отчети на ЛЗБП (27,28).

Следващите по честота отговори са свързани с анализа на ефективността (61%), натовареността и използваемостта (51%). Смятаме, че тези отговори съвпадат до голяма степен с общоприетото понятие за анализ на болничната дейност (представено в глава I, стр.5). Анализ на ефективността се изисква от Изпълнителните директори и управители на ЛЗ съгласно чл.69, ал. 2, т.7 от ЗЛЗ (36).

Около 50% от респондентите смятат, че анализа на болничната дейност се припокрива с анализа на медицинската дейност въобще. Този отговор също е логичен, тъй като основната дейност на едно ЛЗ за болнична помощ е медицинската. Според чл.69, ал. 2, т.7 от ЗЛЗ ръководителите на ЛЗ са длъжни да предоставят информация, касаеща медицинската дейност на собственика, финансиращия орган и МЗ. В закона обаче тя е предвидена под формата на „информация”, а не под формата на анализ на дейността.

На заложените контроли в този въпрос, включващи опциите „удовлетвореност на персонала” и „удовлетвореност на пациентите” са дадени немалък брой отговори – съответно от 16% и 15% от интервюираните. След проведен индивидуален анализ на първичните данни бе установено, че тези отговори не са давани като самостоятелни, а като допълнение към други отговори.

При анализа на отговорите от категорията „други” става ясно, че само двама от общо 13 респондента, са посочили какво имат предвид - анализ на конкурентноспособността и анализ на инвестициите при закупуване на апаратура и при ремонт на базата. Останалите 11 не конкретизират какво имат предвид, но тази опция е в комбинация с другите им отговори на този въпрос.

По видове болници не се наблюдават сигнификантни различия ( $\chi^2=15.44$ ,  $p=0,63$ ). Респондентите от университетските болници най-често посочват, че под анализ на дейността трябва да се разбира анализ на ефективността. При останалите три групи болници най-често давания отговор единодушно е

свързан с анализа на финансовото състояние на ЛЗ. Смятаме, че в университетските болници разбирането за понятието е най-точно. Все пак генерални обобщения не могат да се правят, тъй като броя на респондентите от тази група болници е значително по-малък от останалите.

**Мнението на респондентите според тяхната длъжност, йерархично ниво в управлението и опита им** в тази област следва общото разпределение на отговорите на този въпрос (табл.8., табл.9). Това ни дава основание да смятаме, че длъжността, нивото в йерархията на болничното управление и годините опит нямат съществена роля при формиране на становището им, въпреки че би трябвало да се наблюдават известни разлики.

При сравняване на отговорите, дадени от болничните специалисти на висше ръководно ниво, средно административно ниво и групата на медицинските специалисти с административни функции се наблюдава пълна едностепенност в разбирането на понятието анализ на болничната дейност, проверена с ранговата корелация на Spearman ( $r = 0,982 \div 1,000$ ).

**Табл.8** Мнение относно анализа на дейността според длъжността на респондентите

Заемана длъжност от респондента	Какво се разбира под анализ на болничната дейност						
	медицинска дейност	финансово състояние	удовлетвореност на персонала	удовлетвореност на пациентите	натовареност и използваемост	ефективност	друго
Съвет на директорите	0	1	0	0	1	0	0
Директори/ ИД	17	32	3	2	22	23	0
Управители	31	50	14	14	32	47	1
Зам.директори	15	21	4	2	17	16	0
Зам.управители	2	1	0	0	0	3	0
<b>Висше ръководно ниво</b>	<b>65</b>	<b>105</b>	<b>21</b>	<b>18</b>	<b>72</b>	<b>89</b>	<b>1</b>
Административен началник/ ръководител	4	8	2	2	7	7	0
Гл.счетоводител	23	45	8	8	23	33	3
Счетоводители	11	18	3	2	10	11	0
УЧР	8	20	2	1	7	7	0
Информационен отдел/ статистика/ сис.админ/	16	28	3	3	19	18	0
Административен персонал	8	11	2	4	10	11	1
<b>Средно административно ниво</b>	<b>70</b>	<b>130</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>76</b>	<b>87</b>	<b>4</b>
Нач.отделение	11	13	4	4	11	13	1
Гл.мед.сестра	21	29	9	9	21	23	1
Мед.сестра	1	3	0	0	3	3	1
Мед.персонал (лекари, лаборанти, рехабилитатори и др.)	26	48	11	9	26	35	5
<b>Медицински персонал с административни функции</b>	<b>59</b>	<b>93</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>61</b>	<b>74</b>	<b>8</b>
<b>ОБЩО</b>	<b>194</b>	<b>328</b>	<b>65</b>	<b>60</b>	<b>209</b>	<b>250</b>	<b>13</b>

**Табл.9** Мнение относно анализа на дейността според опита на респондентите



Опит в анализа на болничната дейност (в години)	Какво се разбира под анализ на болничната дейност						
	медицинска дейност	финансово състояние	удовлетвореност на персонала	удовлетвореност на пациентите	натовареност и използваемост	ефективност	друго
над 10 години	72	99	25	27	67	69	2
от 5 до 9 години	48	90	14	11	57	66	7
от 1 до 4 години	47	87	15	13	53	69	3
по-малко от 1 година	10	26	5	4	17	23	1
нямам опит	13	22	3	2	10	18	0
<b>ОБЩО:</b>	<b>190</b>	<b>324</b>	<b>62</b>	<b>57</b>	<b>204</b>	<b>245</b>	<b>13</b>

Независимо от опита на респондентите, отговорите са напълно еднопосочни и съвпадат с резултатите по видове болници, заемана длъжност и управленско ниво на респондентите. ( $\chi^2=21.54$ ,  $p=0,61$ ).

Времевия обхват на извършваните анализи на болничната дейност според респондентите от различните видове болници е представен на табл.10.

**Табл.10** Времеви обхват на анализа на дейността според респондентите

Времеви обхват на анализа на дейността	5 години	3 години	1 година	по-малко от 1 година	друго
<b>УБ (n=13)</b>	0 (0%)	7 (54%)	7 (54%)	3 (23%)	2 (15%)
<b>Обл (n=75)</b>	7 (9%)	34 (45%)	48 (64%)	25 (33%)	6 (8%)
<b>Общ (n=193)</b>	31 (16%)	61 (32%)	101 (52%)	55 (28%)	10 (5%)
<b>Спец (n=131)</b>	13 (10%)	47 (36%)	61 (47%)	33 (25%)	7 (5%)
<b>Общо (n=412)</b>	51 (12%)	149 (36%)	217 (53%)	116 (28%)	25 (6%)

Всички респонденти (с изключение на един – счетоводител) са правили някакъв вид анализ на дейността.

Най-често времевия обхват на анализите на болничната дейност е едногодишен (според 53% от респондентите). Следват 3-годишните анализи (според 36% от респондентите) и под една година (28% от респондентите). Не се наблюдават различия в отговорите по видове болници ( $\chi^2=10,05$   $p=0,61$ ).

Преобладаващата част (53%) отговарят, че най-често анализът на дейността, който извършват е за срок от 1 г. Това дава основание да приемем, че те притежават необходимия опит и квалификация в изготвянето на докладите за дейността на ЛЗ. Следват анализите за период от три години (36%). Това най-вероятно са хора, които имат опит в изготвянето на програми за управление на ЛЗ, обикновено изисквани при провеждане на конкурс за управление на болниците (57). Близо 1/3 от интервюираните посочват, че притежават опит в извършването на анализи за срок по-малък от една година. Тази опция е контролна и подсказва, че респондентите бъркат понятията

„справка” и „информация” с анализ на дейността. Интерес представляват отговорите, свързани с опит в извършването на 5-годишни анализи (12% от респондентите). Най-вероятно тук става дума за специалисти, участвали в изготвянето на стратегически планове за управлението на ЛЗ.

На контролата „други” положителен отговор са дали 25 души (6%). Прави впечатление факта, че за 17 от тях (4%) тази опция е единствен отговор на този въпрос. Този резултат има две възможни обяснения: от една страна – липса на достатъчна концентрация на респондента, а от друга – липсата на знания относно анализа на дейността. Най-често посочвания отговор е свързан с краткосрочни отчети и справки – ежемесечни и тримесечни.

**Мнението на респондентите относно времевия обхват на анализа на болничната дейност според тяхната длъжност и йерархично ниво** в управлението следва общото разпределение на отговорите на този въпрос (табл.11). Това ни дава основание да смятаме, че длъжността и нивото в йерархията на болничното управление нямат съществена роля при формиране на становището на респондентите, въпреки че би трябвало да се наблюдават известни разлики.

**Табл.11** Времеви обхват на анализа на дейността според длъжността на респондентите

Заета длъжност от респондента	Времеви обхват на анализа на дейността				
	5 години	3 години	1 година	по-малко от 1 година	друго
Съвет на директорите	0	0	0	1	0
Директори/ ИД	2	18	19	13	3
Управители	10	28	29	16	3
Зам.директори	1	9	15	5	2
Зам.управители	2	1	1	2	0
<b>Висше ръководно ниво</b>	<b>15</b>	<b>56</b>	<b>64</b>	<b>37</b>	<b>8</b>
Административен началник/ ръководител	0	3	4	1	2
Гл.счетоводител	6	20	34	16	2
Счетоводители	4	5	9	4	2
УЧР	3	7	13	3	0
Информационен отдел/ статистика/ сис.админ/	5	8	17	9	4
Административен персонал	1	8	12	8	0
<b>Средно административно ниво</b>	<b>19</b>	<b>51</b>	<b>89</b>	<b>41</b>	<b>10</b>
Нач.отделение	2	4	9	7	2
Гл.мед.сестра	3	16	25	14	1
Мед.сестра	3	3	3	2	2
Мед.персонал (лекари, лаборанти, рехабилитатори и др.)	9	19	27	15	2
<b>Медицински персонал с административни функции</b>	<b>17</b>	<b>42</b>	<b>64</b>	<b>38</b>	<b>7</b>
<b>Общо:</b>	<b>51</b>	<b>149</b>	<b>217</b>	<b>116</b>	<b>25</b>

При сравняване на отговорите, дадени от болничните специалисти на висше ръководно ниво, средно административно ниво и групата на

медицинските специалисти с административни функции се наблюдава пълна еднопосочност по отношение на времевия обхват на анализите, проверена с ранговата корелация на Spearman ( $r = 1,000$ ).

**Мнението на респондентите относно времевия обхват на анализа на болничната дейност според притежавания от тях опит** е представен на табл.12. Специалистите с опит над 1 година дават сходни отговори, различни от тези на респондентите без опит или с по-малко от една година. Тези разликите са статистически значими ( $\chi^2=50,62$   $p<0,0001$ ).

Табл.12 Времеви обхват на анализа на дейността според опита на респондентите

Опит в анализа на болничната дейност (в години)	Времеви обхват на анализите				
	5 години	3 години	1 година	по-малко от 1 година	друго
над 10 години	26	46	66	39	8
от 5 до 9 години	17	48	62	30	6
от 1 до 4 години	7	43	63	21	4
по-малко от 1 година	0	10	12	14	1
нямам опит	1	3	8	12	6
<b>Общо</b>	<b>51</b>	<b>150</b>	<b>211</b>	<b>116</b>	<b>25</b>

Най-често специалистите с опит посочват времеви обхват на анализите от 1 г., 3 г. и по-малко от година. Според обработените данни респондентите с опит участват в изготвянето на всички видове анализи. Респондентите с малък опит (по-малко от 1 година) или без какъвто и да е опит участват основно в изготвянето на справки и информация, които нямат характер на анализ на дейността, което е напълно обяснимо.

**Начинът на вземане на решението за извършване на анализ на болничната дейност според заеманата длъжност** на респондентите е представен на табл.13. Наблюдава се сходство в отговорите на специалистите от средно и ниско управленско ниво.

Табл.13 Случаи на провеждане на анализ на дейността според длъжността на респондентите

Заемана длъжност от респондента	Случаи на провеждане на анализа		
	при изискване от висшестоящи органи	по собствена преценка	друго
Съвет на директорите	1	1	0
Директори/ ИД	26	30	2
Управители	28	48	4
Зам.директори	20	14	4
Зам.управители	4	2	0
<b>Висше ръководно ниво</b>	<b>79</b>	<b>95</b>	<b>10</b>
Административен началник/ ръководител	6	4	2
Гл.счетоводител	36	28	4
Счетоводители	13	9	4
УЧР	19	9	0
Информационен отдел/ статистика/ сис.админ/	34	13	2
Административен персонал	15	9	2
<b>Средно административно ниво</b>	<b>123</b>	<b>72</b>	<b>14</b>
Нач.отделение	13	7	3
Гл.мед.сестра	33	25	2
Мед.сестра	4	3	2
Мед.персонал (лекари, лаборанти, рехабилитатори и др.)	36	31	3
<b>Медицински персонал с административни функции</b>	<b>86</b>	<b>66</b>	<b>10</b>
<b>Общо</b>	<b>288</b>	<b>233</b>	<b>34</b>

Според двете групи респонденти решенията за извършване на анализ на дейността се вземат при изискване от висшестоящите органи, проверено с ранговата корелация на Spearman ( $r = 1,000$ ). При респондентите от висшето ръководно ниво решенията в преобладаващата част от случаите са самостоятелни. При респондентите от висшето ръководно ниво обаче решенията в преобладаващата част от случаите са самостоятелни. Прави впечатление, че липсата или наличието на опит не влияят върху решението за провеждане на анализ на дейността. Най-често анализът се извършва по изискване от висшестоящ орган или институция. Този резултат показва, че анализът на дейността не е управленски стереотип (Табл.14):

**Табл.14** Случаи на провеждане на анализ на дейността според опита на респондентите

Опит в анализа на болничната дейност	Случаи на провеждане на анализа		
	При изискване от висшестоящи органи	По собствена преценка	Друго
над 10 години	89	71	8
от 5 до 9 години	79	75	7
от 1 до 4 години	69	58	14
по-малко от 1 година	24	21	2
нямам опит	23	6	3
<b>Общо</b>	<b>284</b>	<b>231</b>	<b>34</b>

Притежаваният опит от респондентите не оказва влияние върху вземането на решение за извършване на анализ на болничната дейност ( $\chi^2=7,88$   $p=0,096$ ).

Разпределението на респондентите съобразно техните мотиви за извършване на анализ на болничната дейност по видове болници е представено на табл.15:

**Обичайният мотив за извършване на анализ на дейността** според 363 респонденти е с оглед установяване на текущото състояние на ЛЗ (88% от респондентите) (Табл.15). За съжаление 130 (32%) от тях посочват тази контролна опция като единствен отговор. Това демонстрира известен дефицит в познанията по отношение на анализа на дейността и управлението.

**Табл.15** Мотиви за извършване на анализ на дейността по видове болници

По видове болници	за установяване на текущото състояние	за разгласяване състоянието на ЛЗ	за потвърждаване на приоритетите	за предизвикване на напредък	друго
<b>УБ (n=13)</b>	12 (92%)	0 (0%)	6 (46%)	8 (62%)	2 (15%)
<b>Обл (n=75)</b>	64 (85%)	11 (15%)	37 (49%)	51 (68%)	3 (4%)
<b>Общ (n=193)</b>	179 (93%)	20 (10%)	60 (31%)	79 (41%)	10 (5%)
<b>Спец (n=131)</b>	108 (82%)	10 (8%)	45 (34%)	62 (47%)	4 (3%)
<b>Общо (n=412)</b>	363 (88%)	41 (10%)	148 (36%)	200 (49%)	19 (5%)

На второ място, но статистически значимо по-рядко анализът се ползва с цел предизвикване на напредък (49%) ( $t=13,28$ ,  $p<0.001$ ). По видове болници не се наблюдават различия. На второ и трето място респондентите посочват предизвикването на напредък и потвърждаването на приоритетите като мотиви за анализ на дейността (съответно 49% и 36%). Контролната опция „разгласяване на състоянието на ЛЗ” е посочена като самостоятелен отговор само от един респондент.

Контролната опция „друго” е посочена като единствен отговор от 7 (2%) от респондентите. В останалите случаи контролните опции са посочвани като допълнение към другите възможни отговори. Петима от тях са посочили, че го правят с цел вземане на управленски решения, а един при изготвяне на краткосрочни и по-дългосрочни планове.

**Мнението на респондентите според тяхната длъжност, йерархично ниво в управлението и натрупан опит** следва общото разпределение на отговорите на този въпрос (табл.16 и табл.17). Това ни дава основание да смятаме, че длъжността, нивото в йерархията и опита нямат съществена роля при формиране на становището на респондентите, въпреки че би трябвало да се наблюдават известни разлики.

**Табл.16** Мотиви за извършване на анализ на дейността според длъжността на респондентите

Заемана длъжност от респондента	Мотиви за провеждане на анализ на болничната дейност				
	за установяване на текущото състояние	за разгласяване състоянието на ЛЗ	за потвърждаване на приоритетите	за предизвикване на напредък	друго
Съвет на директорите	1	0	0	0	0
Директори/ ИД	32	5	18	23	1
Управители	53	8	31	36	4
Зам.директори	23	4	11	12	2
Зам.управители	5	0	3	2	0
<b>Висше ръководно ниво</b>	<b>114</b>	<b>17</b>	<b>63</b>	<b>73</b>	<b>7</b>
Административен началник/ ръководител	8	2	4	6	0
Гл.счетоводител	47	2	18	25	1
Счетоводители	20	0	5	4	2
УЧР	19	4	2	9	0
Информационен отдел/ статистика/ сис.админ/	33	4	9	14	1
Административен персонал	14	3	7	9	0
<b>Средно административно ниво</b>	<b>141</b>	<b>15</b>	<b>45</b>	<b>67</b>	<b>4</b>
Нач.отделение	15	2	2	15	1
Гл.мед.сестра	35	5	17	16	4
Мед.сестра	4	1	4	2	1
Мед.персонал (лекари, лаборанти, рехабилитатори и др.)	54	1	17	27	2
<b>Медицински персонал с административни функции</b>	<b>108</b>	<b>9</b>	<b>40</b>	<b>60</b>	<b>8</b>
<b>Общо</b>	<b>363</b>	<b>41</b>	<b>148</b>	<b>200</b>	<b>19</b>

Налице е сходство в даваните отговори, независимо от заеманата длъжност, доказано чрез ранговата корелация на Spearman ( $r=1,000$ ).

**Табл.17** Мотиви за извършване на анализ на дейността според опита на респондентите

Опит в анализа на болничната дейност (в години)	Мотиви за провеждане на анализ на болничната дейност				
	за установяване на текущото състояние	за разгласяване състоянието на ЛЗ	за потвърждаване на приоритетите	за предизвикване на напредък	друго
над 10 години	112	16	48	60	4
от 5 до 9 години	97	8	40	58	4
от 1 до 4 години	94	9	40	55	6
по-малко от 1 година	27	4	12	14	3
нямам опит	27	2	5	12	2
<b>Общо</b>	<b>357</b>	<b>39</b>	<b>145</b>	<b>199</b>	<b>19</b>

Липсва каквато и да е връзка между притежавания опит и мотива за провеждане на анализ на болничната дейност ( $\chi^2=9,11$   $p=0,91$ ).

**Най-честия повод за извършване на анализ на дейността** е изготвянето на годишните отчети на болниците (79% от респондентите,  $t=8.19$ ,

$p < 0.001$ ) (табл.18). Съгласно Закона за счетоводството, ЛЗБП са длъжни да включват в годишните си отчети доклад за дейността и годишен финансов отчет. В този смисъл дадения отговор от респондентите потвърждава нашето виждане, че в докладите за дейността на болниците се съдържа анализ на тяхната дейност.

Табл.18 Поводи за извършване на анализ на дейността

По видове болници	Поводи за извършване на анализ на болничната дейност							
	при изготвянето на бизнес план на ЛЗ	при изготвянето на стратегически план	при изготвянето на годишни отчети	закупуване на нова апаратура	започване на нова дейност	анализ на конкуренцията	изявления за медиите, информационни и рекламни материали	Друго
1. Университетски болници (n=13)	10 (77%)	6 (46%)	12 (92%)	5 (38%)	6 (46%)	3 (23%)	3 (23%)	2 (15%)
2. Областни болници (n=75)	51 (68%)	39 (52%)	63 (84%)	26 (35%)	33 (44%)	18 (24%)	18 (24%)	0 (0%)
3. Общински болници (n=193)	99 (51%)	61 (32%)	151 (78%)	36 (19%)	40 (21%)	23 (12%)	18 (9%)	8 (4%)
4. Специализирани болници (n=131)	59 (45%)	44 (34%)	99 (76%)	16 (12%)	29 (22%)	20 (15%)	14 (11%)	4 (3%)
<b>Общо (n=412)</b>	<b>219 (53%)</b>	<b>150 (36%)</b>	<b>325 (79%)</b>	<b>83 (20%)</b>	<b>108 (26%)</b>	<b>64 (16%)</b>	<b>53 (13%)</b>	<b>14 (3%)</b>

По-рядко анализ се прави при изготвянето на бизнес план на ЛЗБП (според 53% от респондентите), стратегически план (според 36%) и др. Няма разлика в разпределението на отговорите по видове болници.

Закупуването на нова апаратура е дадено като единствен отговор само от 1 респондент. В останалите случаи тази опция е посочвана като допълнение към другите отговори. Извършването на анализ при започването на нова дейност е посочено като самостоятелен отговор само от 2 респонденти. Повод за извършване на анализ на дейността е и анализът на конкуренцията. Този отговор е даван само като допълнение към другите отговори. Като следващ повод за анализ на дейността е посочено изготвянето на изявления за медиите, информационни и рекламни материали. Такъв отговор като самостоятелен е даден само от 1 респондент, а останалите респонденти са го посочвали като допълнение към другите им отговори. Контролната опция „друго” като самостоятелен отговор е посочена от 6 (1,5%) респондента. Прави впечатление, че нито един от тях не прави опит да уточни какво има предвид. Дадените отговори от респондентите се разпределят по един и същи начин – както общо, така и по видове болници.

**Най-често срещаните трудности при извършването на анализ на дейността според респондентите по степен на тежест** са представени на табл. 19, чрез средна аритметична величина и мода. Скалата е от тип Ликерт и е 5-степенна, като по-голямата тежест се асоциира с по-голяма трудност. Общ

сбор не е представен, поради различния брой респонденти във всяка група лечебни заведения, което би могло да повлияе на достоверността. Прави впечатление, че като най-голяма трудност респондентите посочват липсата на средства за външни консултанти (оценка 4). Този отговор дава основание да приемем, че сред болничните екипи липсват достатъчно знания и умения за самостоятелно извършване на анализ на дейността. Евентуална причина за този отговор е и липсата на увереност, която би могла да бъде компенсирана с професионална помощ отвън. Всички останали трудности са с еднаква средна степен на тежест (оценка 3).

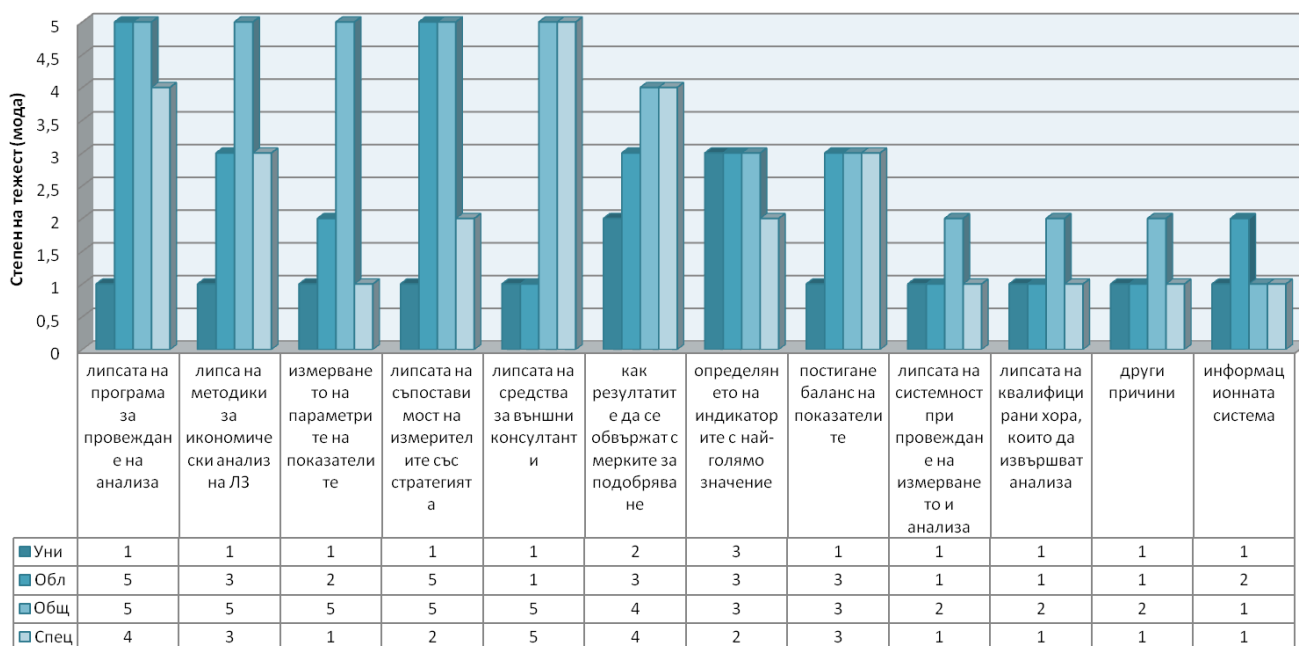
**Табл.19** Най-често срещаните трудности при извършването на анализ на дейността

<b>Трудности при извършване на анализа</b>												
<b>Вид на ЛЗ</b>	информационната система	липсата на програма за провеждане на анализа	липса на методики за икономически анализ на ЛЗ	определянето на индикаторите с най-голямо значение	измерването на параметрите на показателите	постигане баланс на показателите	липсата на съставимост на измерителите със стратегията	как резултатите да се обвържат с мерките за подобряване	липсата на системност при провеждане на измерването и анализа	липсата на квалифицирани хора, които да извършват анализа	липсата на средства за външни консултанти	Други причини
<i>n=412</i> анкетни карти	24.1.	24.2.	24.3.	24.4.	24.5.	24.6.	24.7.	24.8.	24.9.	24.10.	24.11.	24.12.
Средна аритметична	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	2
Мода	1	5	5	3	1	3	5	3	1	1	5	1

Разпределението на отговорите по групи болници е представено на фиг.21 и фиг. 22. Присъдената степен на тежест е изразена чрез мода и средна аритметична величина. При анализа на резултатите, касаещи трудностите при извършването на анализ на дейността (установено чрез мода) се наблюдава известно противоречие (Фиг.21). От една страна респондентите посочват липсата на квалифицирани хора, които да извършват анализа в ЛЗ като най-малък проблем (оценка 1). От друга страна, липсата на средства за външни консултанти е посочена като един от най-сериозните проблеми при извършването на анализа (оценка 5). Общия извод, който се налага е, че в болниците липсват достатъчно добре подготвени специалисти. Като други сериозни проблеми свързани с анализа на дейността са посочени: липсата на методика и липсата на програма за провеждане на анализа, както и липсата на връзка между показателите и реализирането на стратегията (оценка 5). Със следваща степен на трудност са оценени определянето на индикаторите с най-голямо значение, постигане баланс на показателите и обвързването на резултатите с мерките за подобряване на дейността (оценка 3).



**Фиг.21** Най-често срещани трудности при извършването на анализ на дейността, изчислени чрез мода

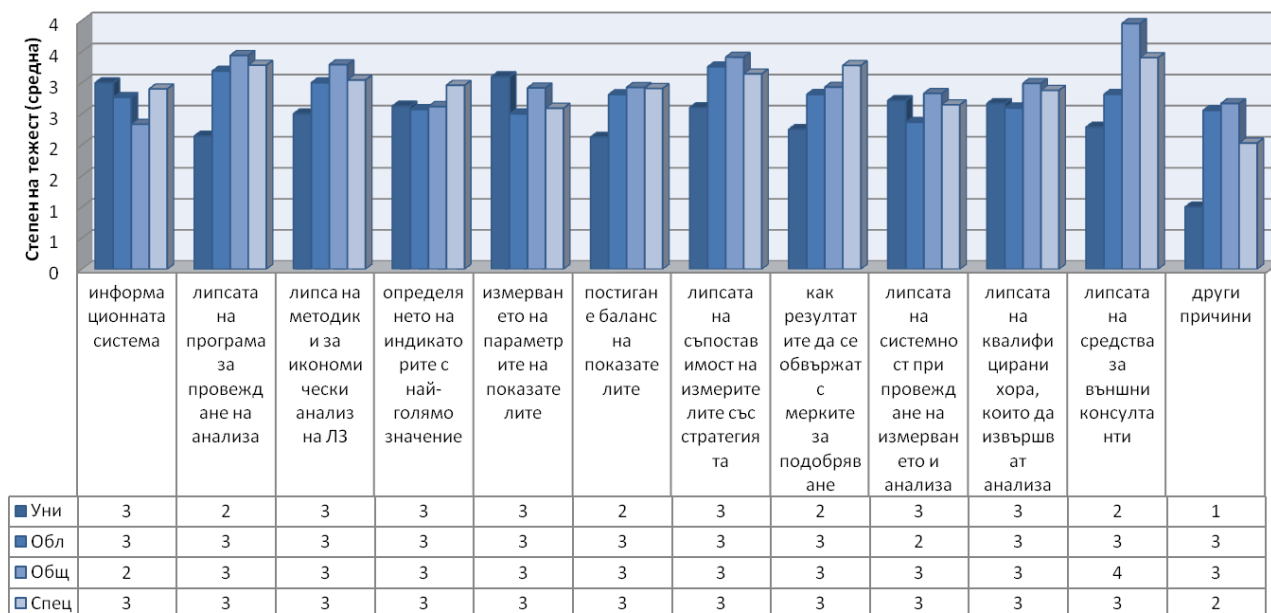


Тези отговори са логични и взаимно свързани и потвърждават изследователската хипотеза, че в ЛЗБП анализът на дейността се извършва формално без конкретен модел и методика.

С най-малка степен на трудност са оценени информационната система на ЛЗ, измерването на параметрите на показателите и липсата на системност при провеждане на измерването и анализа (оценка 1). Тези отговори отново потвърждават нашата теза, че главния проблем при извършването на анализа е липсата на модел за анализ. Това налага необходимостта от създаването на такъв модел, който да е адекватен на спецификата на болничната дейност.

При разглеждането на дадените отговори по видове болници (Фиг.22) прави впечатление, че в университетските болници най-често посочваните оценки на трудностите (изследвани чрез мода) са най-ниски. В същото време при проведеното изследване чрез средна аритметична на посочените оценки от университетските болници, не се наблюдават съществени различия с тези на другите видове болници. Голямата дисперсия на отговорите от университетските болници показва липсата на общоприет модел за анализ на болничната дейност и необходимостта от създаването на такъв.

**Фиг.22** Най-често срещани трудности при извършването на анализ на дейността, изчислени чрез средна аритметична величина



Като цяло се наблюдава сходство в отговорите по видове болници по отношение на степента на трудност (табл.20).

**Табл.20** Сходство на отговорите по отношение на посочените най-често срещани трудности при анализа на дейността

<b>Трудности при извършване на анализа</b>				
Сравнявана група болници	с друга група болници	Коефициент на рангова корелация на Spearman	Коефициент на детерминация	Коефициент на неопределеност
<b>Университетски болници с</b>	Областни	0,042	0,2	99,8
	Общински	-0,091	0,8	99,2
	Специализирани	-0,182	3,3	96,7
<b>Областни болници с</b>	Университетски	0,042	0,2	99,8
	Общински	0,685	47,0	53,0
	Специализирани	0,692	47,9	52,1
<b>Общински болници с</b>	Университетски	-0,091	0,8	99,2
	Областни	0,685	47,0	53,0
	Специализирани	0,699	48,9	51,1
<b>Специализирани болници с</b>	Университетски	-0,182	3,3	96,7
	Областни	0,692	47,9	52,1
	Общински	0,699	48,9	51,1

Изчисленията са въз основа на попълнените въпросници

Извършването на анализ на дейността при областните, общинските и специализираните болници, установено чрез рангова корелация на Spearman е свързано с едни и същи трудности

**Според респондентите анализът на дейността в болниците се извършва основно** от специалисти като болнични директори, управители и техни заместници, счетоводители, статистици и специалисти по управление на човешки ресурси ( $\chi^2=45,47$   $p<0,0001$ ) (табл. 21). Допълнително е участието на ръководителите на клиники, отделения, секретари, специалисти по маркетинг и

реклама, връзки с обществеността и друг персонал. Много малък е относителния дял на отговорите, включващи участието на специалистите по анализ и планиране в тази дейност. Вероятно това се дължи на липсата на подобен род специалисти в повечето болници или ако са налице – те не се ползват по предназначение, поради подценяване на тяхната роля.

**Табл.21** Специалисти, извършващи анализ на дейността в болниците

<b>Общо за всички групи болници</b>	<b>Брой</b>	<b>в % от броя отговори</b>
управител/ директор, зам. на управителя/ директора, икономически директор/ зам. по икон.въпроси, дир-р/ зам. по административно-стопанска дейност	654	28%
главен счетоводител, счетоводители	513	22%
статистика, специалисти от информационен/ компютърен отдел	412	18%
човешки ресурси, ТРЗ, личен състав	259	11%
ръководители на сектори, отделения, клиники	218	9%
сътрудници, секретари, друг персонал	170	7%
външни консултанти	47	2%
маркетинг, реклама, връзки с обществеността	35	1%
специалист по анализ и планиране на дейността	34	1%

В отделните болници ролята на различните видове специалисти, участващи в анализа на дейността не е унифицирана (табл.22):

**Табл.22** Специалисти, извършващи анализ на дейността по видове болници

<b>По видове болници</b>	управител/ директор, зам. на управителя/ директора, икономически директор / зам. по икон.въпроси, дир-р/ зам. по административно-стопанска дейност	главен счетоводител, счетоводители	сътрудници, секретари, редови персонал, други	статистика, специалисти от информационен/ компютърен отдел	външни консултанти	специалист по анализ и планиране на дейността	човешки ресурси, ТРЗ, личен състав	маркетинг, реклама, връзки с обществеността	ръководители на сектори, отделения, клиники
1. Университетски болници	35	17	5	17	0	6	10	9	5
2. Областни болници	168	98	34	103	19	10	58	11	43
3. Общински болници	253	235	64	203	12	11	122	11	98
4. Специализирани болници	198	163	67	89	16	7	69	4	72
<b>Общо</b>	<b>654</b>	<b>513</b>	<b>170</b>	<b>412</b>	<b>47</b>	<b>34</b>	<b>259</b>	<b>35</b>	<b>218</b>

В различните видове болници в извършването на анализа на дейността, участието на различните видове специалисти е различно ( $\chi^2=110,3$ ,  $p<0,0001$ ). Това още веднъж подсказва необходимостта от модел и методика при извършването на анализ на болничната дейност.

## 2. Резултати от проведения контент анализ на докладите за дейността

В този раздел са представени общия брой доклади за дейността, разпределение по видове болници, техния обем, наименование и анализ на съдържанието им от гл.т. на поставени и отчетени цели на ЛЗБП, както и извършения SWOT анализ.

При провеждането на контент анализа на докладите за дейността на ЛЗБП са разгледани и анализирани профилите а 142 болници, представляващи 57% от болниците в страната. От тях само 77 болници (31% от болниците в страната) имат публикувани на своите страници доклади за дейността.

**Общия брой доклади за дейността**, включени в контент анализа е 211. Установи се, че някои от болниците имаха представени доклади за 7 до 10 поредни години. При други такива бяха налице само за една, две или три години. За да се избегне тази вариация в резултатите и обсъждането са включени само докладите за периода 2007-2010 (включително), тъй като за този период повечето болници са представили доклади за дейността, а и защото той съвпада с периода на провеното структурирано интервю с специалистите, изготвили същите доклади.

**Средният обем на един доклад** е 13 стр., като при университетските и областните болници е значимо по-голям (от 22 до 25 страници), докато при общинските и специализираните е значимо по-малък (между 7 и 8 страници). Наблюдваните различия са логични и отразяват спецификата и обема на дейността по видове болници. Наблюдава се нарастване на публикувания общ обем на докладите за дейността през 2010 г. спрямо 2007 г. Това се отнася за всички видове болници. Разпределението по видове болници и изменението на обема документация по години е представено по-долу на табл.23:

**Табл.23** Разпределение на докладите за дейността по видове болници

Вид на ЛЗБП	Брой болници, проучени в ТР	Обем на ДД, публикуван в ТР (бр.стр.)	Изменение на обема на ДД, публикувани в ТР за периода 2007-2010 г.
Университетски болници*	10	693	191 - 159 стр.
Областни болници	22	1142	186 - 302 стр.
Общински болници	60	544	97 - 162 стр.
Специализирани болници	50	464	97 - 156 стр.
<b>Общо:</b>	<b>142</b>	<b>2843</b>	<b>571 - 779 стр.</b>

\* Забележка: При разглеждане на данните за всички 20 университетски болници за периода 2007-2010 г. изменението на обема документация, свързана с анализа на дейността е от 269 до 312 стр.

**Броят на докладите за дейността** е статистически значимо по-малък, от колкото броя на финансовите отчети в интернет страницата на Търговския регистър отчети ( $\chi^2=16,91$ ,  $p=0,0007$ ) (табл.24). В същото време не се наблюдава статистически значима разлика в обемите на двата вида документи (Тест на Fisher,  $p=0,76$ ).

Възможно е това да е в резултат на технически проблеми при публикуването им. Това обаче е малко вероятно, тъй като би се отразило и на броя публикувани годишни финансови отчети. Поради тази причина приемаме, че такива не са били изготвени и представени за публикуване от ЛЗ. В същото време не се наблюдава статистически значима разлика в обемите на двата вида документи. Все пак средния обем на един финансов отчет е по-голям от средния обем на един доклад за дейността при всички видове болници. Смятаме, че това не е нормално. Финансовите отчети обичайно отразяват финансовата страна на дейността. Докладите за дейността обаче би трябвало да отразяват цялото многообразие на болничната дейност и като такива да бъдат с по-голям обем. Този резултат подсказва, че докладите за дейността често може би се изготвят формално. Най-вероятната причина за това е, че липсва общоприет модел и методика за изготвянето им.

**Табл.24** Разпределение на докладите за дейността и финансовите отчети

Доклади за дейността (ДД) и Финансови отчети (ФО) - сравнителни данни	Брой ДД	Брой ФО	Обем ДД (в стр.)	Обем ФО (в стр.)
Университетски болници	28	39	25	32
Областни болници	51	83	22	27
Общински болници	76	230	7	21
Специализирани болници	56	183	8	18

**Съотношението между обема финансово-отчетна документация и документацията, свързана с анализа на дейността** е представена на табл.25. Обемът на финансовите отчети е статистически достоверно по-голям от обема на докладите за дейността по видове болници ( $\chi^2=1105$ ,  $p<0,0001$ ). При включването на консолидираните финансови отчети и консолидирани доклади за дейността към анализа, съотношението се запазва (80% финансова към 20% документация, свързана с анализа на дейността).

**Табл.25** Обем на докладите за дейността и финансовите отчети по видове болници

Вид на ЛЗБП	Общо обем на ГФО и КФО, публикувани в ТР (в стр.)	Общо обем на ДД и КДД, публикувани в ТР (в стр.)	Общо (в стр.)
Университетски болници	2171 (67%)	1070 (33%)	3241
Областни болници	3318 (69%)	1525 (31%)	4843
Общински болници	4918 (89%)	593 (11%)	5511
Специализирани болници	3598 (87%)	543 (13%)	4141
<b>Общо:</b>	<b>14005 (79%)</b>	<b>3731 (21%)</b>	<b>17736</b>

**Средния обем на един доклад** за дейността по видове болници по години не търпи значими промени ( $\chi^2=3,38$ ,  $p=0,95$ ) (табл.26):

**Табл.26** Среден обем на един доклад за дейността по години

Среден обем на един ДД (в стр.)	Университетски болници	Областни болници	Общински болници	Специализирани болници
<b>2007</b>	24	21	5	11
<b>2008</b>	29	25	8	7
<b>2009</b>	28	22	7	8
<b>2010</b>	20	22	8	9
<b>Общо средно:</b>	<b>25</b>	<b>22</b>	<b>7</b>	<b>8</b>

**При анализа на наименованията, използвани за обозначаване на докладите** се наблюдава голямо разнообразие (табл.27). Статистически значимо болниците използват най-често общоприетото наименование „Доклад за дейността” ( $t=13,86$ ,  $p<0.001$ ), т.е. съобразено е с изискването, залегнало в Закона за счетоводството и се ползва все по-често през последните години (табл.28).

**Табл.27** Наименования, използвани за докладите за дейността

Наименование, използвано за ДД	Брой ДД	В %
<b>Доклад</b> (за дейността, на ръководството, за цялостното състояние, за финансовото състояние)	161	76,3%
<b>Отчет</b> (за дейността, за управлението, изпълнението на финансово-икономическата програма)	43	20,4%
<b>Анализ</b> (на дейността, на използването на финансовите ресурси, на състоянието)	4	1,9%
<b>Информация</b> (за натуралните, медико-статистически и икономически показатели)	2	0,9%
<b>План програма</b> (за дейността)	1	0,5%

**Табл.28** Наименования, използвани за докладите за дейността по години

Наименование, използвано за ДД	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Анализ	4	0	0	0
Доклад за дейността	29	39	43	51
Отчет за дейността	11	11	11	9
План-програма за дейността	0	1	0	0
Информация	0	0	1	1
<b>Общо</b>	<b>44</b>	<b>51</b>	<b>55</b>	<b>61</b>

В унисон с гореказаното е видно, че заложеното изискване за наименование в нормативните документи започва все по-често да се ползва от болниците през изследвания период, но това не е статистически значимо ( $\chi^2=2,38$ ,  $p=0,5$ ).

Подробно представяне на използваните наименования по видове болници е показано в **Приложение 1, табл.8**.

Включените в Докладите за дейността показатели по години са представени подробно в **Приложение 1, табл.9**. Данните показват хаотично разпределение по години.

**Оформлението на докладите** също е много разнообразно и не е унифицирано. Докладите на някои от болниците са оформени при спазване на определен стил, снимков, графичен и табличен материал, съдържание и ясно разграничаване на отделните раздели на доклада. В други случаи информацията е много оскъдна, абсолютно формална и оформена в рамките дори само на една страница.

Прави впечатление, че едва 22% от всички доклади съдържат посочени цели за текущата година (табл.29). Отчитането на поставените цели е още по-рядко – едва в 17% от докладите. Критерии за количествено и качествено отчитане на изпълнението на поставените цели имат само 8% болниците. Целите на националната здравна политика отчитат само 5% от болниците.

**Табл.29** Планирани и отчетени цели в докладите за дейността

Вид на ЛЗБП	ПОСОЧЕНИ ЦЕЛИ ОТ ПРЕДХОДНАТА ЗА ТЕКУЩАТА ГОДИНА		ОТЧЕТЕНИ ЦЕЛИ/ РЕЗУЛТАТИ, ПОСТИГНАТИ ПРЕЗ ТЕКУЩАТА ГОДИНА		КРИТЕРИИ ЗА ОТЧИТАНЕ НА ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА ПОСОЧЕНИТЕ ЦЕЛИ		ОТЧЕТЕНИ ЦЕЛИ НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА ПОЛИТИКА		ПОСОЧЕНИ ЦЕЛИ ЗА СЛЕДВАЩАТА ГОДИНА	
		в %		в %		в %		в %		в %
УБ (n=9)	3	33%	2	22%	1	11%	0	0%	9	100%
Обл (n=18)	9	50%	7	39%	0	0%	2	11%	15	83%
Общ (n=27)	2	7%	2	7%	2	7%	0	0%	15	56%
Спец (n=23)	3	13%	2	9%	3	13%	2	9%	12	52%
<b>Общо (n=77)</b>	<b>17</b>	<b>22%</b>	<b>13</b>	<b>17%</b>	<b>6</b>	<b>8%</b>	<b>4</b>	<b>5%</b>	<b>51</b>	<b>66%</b>

Университетските и областните болници планират ( $t=1.16$ ,  $p>0.05$ ) и отчитат ( $t=0.86$ ,  $p>0.05$ ) целите си през текущата година по-често в сравнение с общинските и специализираните болници. Тази разлика обаче не е

статистически достоверна. Всички университетски болници и 83% от областните болници планират цели и за следващата година в докладите си за дейността. Само около половината от общинските и специализираните болници правят това, като разликата е статистически достоверна ( $t=2.07$ ,  $p<0.05$ ).

**За съжаление липсва връзка** между отчитаните цели, показателите за дейността, анализа на външната среда и поставянето на бъдещи цели. Наблюдава се изместване на акцента при целепологането от отчитането на постигнатите цели от предходната година към поставяне на цели за следващата година. Това правят 66% от всички болници. Особено е висок е този процент при университетските (100%) и областните (83%) болници. Порядко това се случва в докладите на общинските (56%) и специализираните (52%) болници. За съжаление критерии за измерване реализацията на тези цели в докладите липсват.

**В много редки случаи (5 болници) се прави опит за SWOT анализ**, като само в половината случаи (2 болници) той е използван като инструмент за определяне на бъдещата стратегия (84).

Табл.30 SWOT анализ, включен в докладите за дейността

Вид на ЛЗБП	SWOT АНАЛИЗ	в %	SWOT според изискванията	в %
УБ (n=9)	0	0%	0	0%
Обл (n=18)	2	11%	1	6%
Общ (n=27)	0	0%	0	0%
Спец (n=23)	3	13%	1	4%
<b>Общо (n=77)</b>	<b>5</b>	<b>6%</b>	<b>2</b>	<b>3%</b>

**По отношение на структурата на изложението** се наблюдава голямо разнообразие. Все пак могат да се отграничат няколко структурни части в докладите за дейността:

- **Паспортна част** - най-често в нея се помещава информация за ЛЗБП като наименование, търговско-правна форма, съдебна регистрация, предмет на дейност, акционерен капитал (около 80% от всички



доклади). В редки случаи се описват мисията, функциите и капацитета на ЛЗ (около 15% от всички доклади).

- **Основна част на доклада**, включваща отчитането на ключовите показатели за дейността. Прави впечатление разнообразието от ползвани показатели, както по видове болници, така и за една и съща болница през годините. При проследяване на ползваните в докладите за дейността групи показатели през годините, прави впечатление хаотичното им разпределение и липсата на системност и тенденция за точното им формулиране и конструиране (приложение 1, табл.7). Това отново подсказва необходимостта от създаване на модел и методика за анализ на болничната дейност. Липсва методичност и в представянето на показателите за текущата година и тяхното сравнение в динамика (варира от липса на каквото и да е сравнение до сравнение с предходните 5-7 години). Успоредно се използват таблично, графично и текстуално представяне на едни и същи данни. Това обременява изложението и затруднява читателите.
- **Допълнителна част към доклада** – обикновено тя включва анализ на трудностите пред ЛЗ и рисковете за реализиране на мисията му, както и в някои редки случаи - SWOT анализ. Тази част присъства в едва 5% от всички доклади. Съдържанието не е унифицирано, а обема е изключително вариабилен. Тази част няма точно установено място в структурата на докладите.
- **Заклучителна част на доклада** – обикновено тя съдържа целите за текущата година, тяхното изпълнение, рядко критери за тяхното количествено и качествено отчитане, както и преждане на цели за следващата година. В по-голямата част от докладите тази част се намира в края на докладите. В 12% от докладите тази част няма точно определено място като понякога се намира в самото им начало.

### 3. Сравнителни резултати от проведеното структурирано интервю и контент анализ на докладите за дейността

В този раздел е направен анализа на сравнителните резултати от проведеното структурирано интервю и контент анализ на докладите за дейността като са разгледани паралелно 13 групи показатели.

**Първата група показатели са свързани с анализа на финансовите аспекти** на дейността на болниците (табл.31). В тази група са включени 15 показателя. Най-често ползваните показатели в тази група са: „приходи” и „разходи”. Смятаме, че тези показатели се познават най-добре и се възприемат като най-важни. Поради тази причина те присъстват с най-голяма честота в интервюто и в докладите.

**Табл.31** Финансови аспекти на дейността, отразени в докладите за дейността и структурираното интервю

Показатели, включени в СТРУКТУРИРАНОТО ИНТЕРВЮ и ДОКЛАДИТЕ ЗА ДЕЙНОСТ	приходи	разходи	печалба	счетов. коефициенти	данъци	източници на финансиране	издръжка на преминал болен	запълняемост	инвестиции	себестойност	ст/г на лекарствен	ст/г на храноден	ст/г на леглоден	глоби	цени	Общо
Структурирано интервю (по болници)	108	108	91	60	48	94	106	90	77	69	104	104	103	62	69	1293
в % от 108 болници	100%	100%	84%	56%	44%	87%	98%	83%	71%	64%	96%	96%	95%	57%	64%	
Доклад за дейността (по болници)	73	70	67	53	3	25	36	53	51	0	41	41	28	5	29	575
в % от болниците - 77	94,8%	90,9%	87,0%	68,8%	3,9%	32,5%	46,8%	68,8%	66,2%	0,0%	53,2%	53,2%	36,4%	6,5%	37,7%	

Прави впечатление голямата разлика между заявените в интервюто и реално ползваните в докладите показатели. Това се отнася и до честотата на ползване на всички показатели, като тя е много по-голяма в интервюто, отколкото в докладите. Изключение правят показателите за „печалба” ( $t=0.54$ ,  $p>0.05$ ), „счетоводните коефициенти” ( $t=1.87$ ,  $p>0.05$ ) и „инвестициите” ( $t=0.73$ ,  $p>0.05$ ), които се ползват еднакво често.

Тези различия личат и от сравняването на средния брой ползвани показатели при анализа на финансовите аспекти на дейността в структурираното интервю - 12 показателя и в докладите за дейността - 7 показателя, независимо от това, че тази разлика не е статистически значима. ( $t=1,35$ ,  $p>0.05$ ).

При анализа на докладите за дейността се установява ползването и на някои допълнителни показатели, които не са посочени в структурираното интервю (табл.32). Те са свързани преди всичко с финансово-отчетната

дейност на лечебното заведение и според нас не би трябвало да намират място в доклада за дейността.

**Табл.32** Финансови аспекти на дейността, отразени в докладите за дейността

<i>Допълнителни показатели от ДОКЛАДИТЕ ЗА ДЕЙНОСТТА</i>	Капитал	Активи	Материални запаси	Текущи вземания	Парични средства	Свързани лица	Собственост	Ст/т на легло	Ст/т на ден за медицински консумативи	Ст/т на разходите за персонала и осигуровките за леглоден	Общо за допълнителните (междинен сбор)
Доклад за дейността (по болници)	60	34	3	3	1	1	40	10	13	6	171
в % от 77	77,9%	44,2%	3,9%	3,9%	1,3%	1,3%	51,9%	13,0%	16,9%	7,8%	

**Втората група показатели са свързани с анализ на медицинската дейност** на болниците (табл.33). В тази група са включени 18 показателя.

**Табл.33** Аспекти на медицинската дейност, отразени в структурираното интервю и докладите за дейността

<i>Показатели, включени в СТРУКТУРИРАНОТО ИНТЕРВЮ и ДОКЛАДИТЕ ЗА ДЕЙНОСТ</i>	преминали болни	използваемост	оборот на леглата	среден престой	процедури/ манипулации	съпадение на диагнози	консултации	насочващо ЛЗ	преведени в други ЛЗ	некоректна рехоспитализация	оперативна активност	леталитет	изписани	статус при изписване	леглодни	рехоспитализации	легла	ВЕИ	Общо
Структурирано интервю (по болници)	108	108	106	107	73	81	52	48	64	62	82	92	89	84	104	80	91	90	1521
в % от 108 болници	100%	100%	98%	99%	68%	75%	48%	44%	59%	57%	76%	85%	82%	78%	96%	74%	84%	83%	
Доклад за дейността (по болници)	57	50	48	51	35	1	7	4	4	1	3	23	32	7	6	47	46	5	427
в % от болниците - 77	74%	65%	62%	66%	45%	1%	9%	5%	5%	1%	4%	30%	42%	9%	8%	61%	60%	6%	

Отново прави впечатление голямата разлика между заявените в интервюто и реално ползваните в докладите показатели. Това се отнася и до честотата на ползване на всички показатели, като тя е много по-голяма в интервюто, отколкото в докладите. Изключение прави само показателя свързан с рехоспитализациите, който се ползва еднакво често ( $t=1,87$ ,  $p>0.05$ ). Тези различия личат и от сравняването на средния брой ползвани показатели в тази група, като при анализа на медицинската дейност в структурираното интервю те са 14, а в докладите за дейността – 6, като разликата е статистически значима ( $t=2,8$ ,  $p<0.01$ ). При анализа на докладите за дейността не се установява ползването на допълнителни показатели, които да не са посочени в структурираното интервю.

Най-често ползваните показатели в тази група са: „преминали болни”, „среден престой”, „използваемост” и „оборот на леглата”. Смятаме, че тези показатели се познават най-добре и поради тази причина те присъстват с най-голяма честота в интервюто и в докладите.

**Третата група показатели са свързани с анализа на човешките ресурси** (табл.34). В тази група са включени 9 показателя.

**Табл.34** Аспекти на човешките ресурси, отразени в структурираното интервю и докладите за дейността

<b>Показатели, включени в СТРУКТУРИРАНОТО ИНТЕРВЮ и ДОКЛАДИТЕ ЗА ДЕЙНОСТ</b>	брой и структура	разпределение	атестация	отсъствие от работа	възнаграждения	набор и подбор	квалификация и развитие	интелектуален капитал	мотивационен механизъм	Общо
<b>Структурирано интервю (по болници)</b>	105	85	68	45	88	56	104	49	67	<b>667</b>
в % от 108 болници	97%	79%	63%	42%	81%	52%	96%	45%	62%	
<b>Доклад за дейността (по болници)</b>	59	11	2	2	43	15	29	1	1	<b>163</b>
в % от болниците - 77	76,6%	14,3%	2,6%	2,6%	55,8%	19,5%	37,7%	1,3%	1,3%	

Данните показват различия между заявените в интервюто и ползваните в докладите видове показатели, които са статистически значими ( $p > 0,05$ ). Честотата на ползване на всички показатели е много по-голяма в интервюто, отколкото в докладите. Тези различия личат и от сравняването на средния брой ползвани показатели в тази група, като при анализа на човешките ресурси в структурираното интервю те са 6, а в докладите за дейността – 2, макар че тази разлика не е статистически значима ( $t = 1,25$ ,  $p > 0,05$ ).

При анализа на тази група показатели се установява ползването на един допълнителен показател, който не е посочен от респондентите в структурираното интервю. Той е „Научно-изследователска и развойна дейност” и фигурира в докладите на 3 от университетските и на 1 от областните болници. Смятаме, че като една от основните функции на всяка университетска болница, научно-изследователската и развойна дейност бе следвало да се отразява задължително в докладите на всички университетски болници, както и в докладите на големите областни болници.

При определяне на показателите от тази група те са подбрани така, че да се разграничи дали има различие в компетентността и ползването им. Наблюдаваните драстични разлики при показателите „интелектуален капитал”, „мотивационен механизъм”, „атестация” и „отсъствие от работа” според нас се дължат най-вероятно на непознаване на тези понятия, което евентуално е и причина те да не бъдат отчитани в докладите.

Най-често ползваните показатели в тази група са: „брой и структура на персонала”, „възнаграждения” и „квалификация и развитие”. Смятаме, че тези

показатели се познават най-добре и поради тази причина те присъстват с най-голяма честота и в интервюто и в докладите.

**Четвъртата група показатели са свързани с анализа на управлението** (табл.35). В тази група са включени 9 показателя. Разликата между заявените в интервюто и реално ползваните в докладите показатели отново е налице.

**Табл.35** Аспекти на управлението, отразени в структурираното интервю и докладите за дейността

<i>Показатели, включени в СТРУКТУРИРАНОТО ИНТЕРВЮ и ДОКЛАДИТЕ ЗА ДЕЙНОСТТА</i>	нива на управление	норма на управление	прозрачност	отговорности	квалификация	демократичност	организационна структура	степен на делегиране	други	Общо
<b>Структурирано интервю (по болници)</b>	82	50	75	98	93	59	96	56	12	<b>621</b>
<b>в % от всички болници - 108</b>	76%	46%	69%	91%	86%	55%	89%	52%	11%	
<b>Доклад за дейността (по болници)</b>	32	0	33	13	0	12	57	3	9	159
<b>в % от всички болници - 77</b>	41,6%	0,0%	42,9%	16,9%	0,0%	15,6%	74,0%	3,9%	11,7%	

Данните показват различия между заявените в интервюто и ползваните в докладите видове показатели, които са статистически значими ( $p < 0,05$ ), с изключение на „други показатели” ( $t = 0,12$ ,  $p > 0,05$ ). Средния брой ползвани показатели при анализа на управлението от структурираното интервю е около 6, а в докладите за дейността реално са ползвани средно само 2, но разликата не е статистически значима ( $t = 1,06$ ,  $p > 0,05$ ). При анализа на докладите за дейността не се установява ползването на допълнителни показатели, които да не са посочени в структурираното интервю.

Най-често ползваните показатели в тази група според интервюто са: „отговорности”, „организационна структура” и „квалификация”. Според докладите обаче най-ползвани са: „организационна структура”, „прозрачност” и „нива на управление”. Съвсем парадоксално показателя „квалификация” е абсолютно пренебрегната в докладите и изобщо не се коментира. Според нас това означава, че квалификацията на управленските кадри в болниците се възприема като важен показател, но същият не се анализира в докладите за дейността. Възможна причина за това би могла да бъде, че проведеният конкурс за заемане на дадена управленска позиция е достатъчна оценка на квалификацията, поради което по-нататъшна оценка на притежаваните знания и умения не се прави. Това означава, че липсва акцент върху развиването на управленските кадри след заемането на длъжността.

Друг показател, който не е коментиран в докладите е „норма на управление”. Смятаме, че това се дължи на недостатъчното му познаване. Това подсказва наличието на известен дефицит на знания, свързани с анализа на дейността сред управленските кадри.

**Петата група показатели са свързани с анализа на техническите ресурси и технологиите** (табл.36). В тази група са включени 12 показателя. Разликата между заявените в интервюто и реално ползваните в докладите показатели отново е налице и е все по-драстична.

**Табл.36** Аспекти на техническите ресурси и технологиите, отразени в структурираното интервю и докладите за дейността

<i>Показатели, включени в СТРУКТУРИРАНОТО ИНТЕРВЮ и ДОКЛАДИТЕ ЗА ДЕЙНОСТ</i>	адекватност	натовареност	поддръжка и ремонт	know how	амортизация	год. на закупуване	сервиз	иновация	обезпеченост	уникалност	сграден фонд	други	Общо
<b>Структурирано интервю (по болници)</b>	82	97	99	23	94	79	84	49	85	36	80	12	<b>820</b>
<b>в % от 108 болници</b>	76%	90%	92%	21%	87%	73%	78%	45%	79%	33%	74%	11%	
<b>Доклад за дейността (по болници)</b>	2	1	3	3	2	12	2	20	2	2	24	2	<b>75</b>
<b>в % от болниците - 77</b>	2,6%	1,3%	3,9%	3,9%	2,6%	15,6%	2,6%	26,0%	2,6%	2,6%	31,2%	2,6%	

Данните показват различия между заявените в интервюто и ползваните в докладите видове показатели, които са статистически значими ( $p < 0,05$ ). Средния брой ползвани показатели при анализа на техническите ресурси и технологиите от структурираното интервю е около 8, а в докладите за дейността реално е ползван средно само 1, т.е. разликата е статистически значима ( $t=2,17$ ,  $p < 0,05$ ). Показателя „Know how” в случая означава нови методи и технологии, които са въведени през годината в дейността на ЛЗ. При анализа на докладите за дейността не се установява ползването на допълнителни показатели, които да не са посочени в структурираното интервю.

Най-често ползваните показатели в тази група според интервюто са: „поддръжка и ремонт”, „натовареност” и „амортизация”. В докладите обаче е обърнато внимание преди всичко на показателите: „сграден фонд”, „иновации” и „година на закупуване”. Това подсказва, че липсва системност при обсъждането на показателите от тази група.

**Шестата група показатели са свързани с анализа на информационната система на болницата** (табл.37). В тази група са включени 9 показателя.

**Табл.37** Аспекти на информационната система, отразени в структурираното интервю и докладите за дейността

Показатели, включени в СТРУКТУРИРАНОТО ИНТЕРВЮ и ДОКЛАДИТЕ ЗА ДЕЙНОСТ	обхват	достоверност	права на достъп	бързина	лекота на ползване	потребители	разнообразие	защита на данните	Интранет/ Интернет	Общо
Структурирано интервю (по болници)	98	98	78	90	85	65	35	94	87	730
в % от болниците - 108	91%	91%	72%	83%	79%	60%	32%	87%	81%	
Доклад за дейността (по болници)	8	0	2	0	0	5	4	1	7	27
в % от болниците - 77	10,4%	0,0%	2,6%	0,0%	0,0%	6,5%	5,2%	1,3%	9,1%	

Разликата между заявените в интервюто и реално ползваните в докладите показатели отново е налице, като разликата е статистически значими ( $p < 0,05$ ). Средния брой ползвани показатели при анализа на информационната система от структурираното интервю е около 7, а в докладите за дейността реално е ползван средно под 1, като разликата е статистически значима ( $t = 3,24$ ,  $p < 0,02$ ).

Най-често ползваните показатели в тази група според интервюто са: „достоверност” и „обхват”, „защита на данните” и „бързина”. Според докладите обаче най-ползвани са: „обхват”, „интернет/ интранет” и „потребители”.

Три от показателите въобще не се коментират в докладите – това са „достоверност”, „бързина” и „лекота на ползване”. Още повече, че в интервюто заявената употреба на същите съответно е посочена от 91%, 83% и 79% от болниците. Най-вероятно причината те да не се разглеждат в докладите е недостатъчното им познаване, което ограничава тяхната употреба.

При анализа на докладите за дейността не се установява ползването на допълнителни показатели, които да не са посочени в структурираното интервю.

**Седмата група показатели са свързани с анализа на доставчиците** (табл.38). В тази група са включени 9 показателя.

**Табл.38** Аспекти на доставчиците, отразени в структурираното интервю и докладите за дейността

Показатели, включени в СТРУКТУРИРАНОТО ИНТЕРВЮ и ДОКЛАДИТЕ ЗА ДЕЙНОСТ	надеждност	анкетни проучвания	лоялност	бързина	условия за избор	отстъпки	гаранции	предоставено качество	други	Общо
Структурирано интервю (по болници)	95	14	96	96	61	82	92	99	19	654
в % от болниците - 108	88%	13%	89%	89%	56%	76%	85%	92%	18%	
Доклад за дейността (по болници)	0	0	0	0	0	1	0	0	6	7
в % от болниците - 77	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%	7,8%	

Разликата между заявените в интервюто и реално ползваните в докладите показатели отново е налице и е много драстична. Според данните от структурираното интервю средния брой ползвани показатели за анализ на доставчиците е 6. В същото време в докладите за дейността тази дейност почти не е засегната – тези показатели са споменати в 7 доклада от 211 доклада на 77 болници. Това показва, че тази група показатели на практика не се ползват.

Най-често ползваните показатели в тази група според интервюираните са: „предоставено качество”, „лоялност”, „бързина”, „надеждност”. В докладите обаче не е обърнато внимание на нито един от тях. Това подсказва, че не се познава практическата употреба на тези показатели, поради което те не намират място в докладите за дейността.

При анализа на докладите за дейността не се установява ползването на допълнителни показатели от тази група, които да не са посочени в структурираното интервю.

**Осмата група показатели са свързани с анализа на организацията като процеси** (табл.39). В тази група са включени 9 показателя.

**Табл.39** Аспекти на организацията като процеси, отразени в структурираното интервю и докладите за дейността

<i>Показатели, включени в СТРУКТУРИРАНОТО ИНТЕРВЮ и ДОКЛАДИТЕ ЗА ДЕЙНОСТ</i>	програма по качество	ефективност на времето	отклонения	стандарти	опашки	акредитация	жалби и оплаквания	потребности от иновации	други	Общо
<b>Структурирано интервю (по болници)</b>	95	79	27	96	11	96	83	71	15	<b>573</b>
<b>в % от болниците - 108</b>	88%	73%	25%	89%	10%	89%	77%	66%	14%	
<b>Доклад за дейността (по болници)</b>	14	3	3	9	2	21	0	9	2	<b>63</b>
<b>в % от болниците - 77</b>	18,2%	3,9%	3,9%	11,7%	2,6%	27,3%	0,0%	11,7%	2,6%	

Данните показват различия между заявените в интервюто и ползваните в докладите видове показатели, които са статистически значими ( $p < 0,05$ ). Средния брой ползвани показатели при анализа на организацията като процеси от структурираното интервю е около 5, а в докладите за дейността реално е ползван само 1, но разликата не е статистически значима ( $t = 1,27$ ,  $p > 0,05$ ).

Най-често ползваните показатели в тази група според интервюто и докладите са: „акредитация”, „стандарти” и „програма за качество”.



Прави впечатление, че показателя „жалби и оплаквания”, който в структурираното интервю се посочва от 77% от болниците, в докладите за дейността не се анализира въобще.

При анализа на докладите за дейността не се установява ползването на допълнителни показатели, които да не са посочени в структурираното интервю.

**Деветата група показатели са свързани с удовлетвореността на пациентите** (табл.40). В тази група са включени 6 показателя.

**Табл.40** Аспекти на удовлетвореността на пациентите, отразени в структурираното интервю и докладите за дейността

<i>Показатели, включени в СТРУКТУРИРАНОТО ИНТЕРВЮ и ДОКЛАДИТЕ ЗА ДЕЙНОСТ</i>	анкетни проучвания	злоголуки	люяпност	постъпили жалби и оплаквания	съдебни дела	други	Общо
<b>Структурирано интервю (по болници)</b>	105	27	50	103	47	25	<b>357</b>
в % от болниците - 108	97%	25%	46%	95%	44%	23%	
<b>Доклад за дейността (по болници)</b>	8	0	0	0	1	0	<b>9</b>
в % от болниците - 77	10,4%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%	

Според данните от структурираното интервю средния брой ползвани показатели за анализ на анализа на удовлетвореността на пациентите е около 3. В същото време в докладите за дейността тази група показатели на практика не са пренебрегнати – такива са разгледани само в 9 от 211 доклада на 77 болници.

Най-често ползваните показатели в тази група според интервюто са: „анкетни проучвания” и „постъпили жалби и оплаквания”. В докладите се анализират единствено „анкетни проучвания” и „съдебни дела”. Останалите показатели въобще не се коментират.

При анализа на интервюто оцията „други” е посочена от 25 респондента, но винаги като допълнителна опция, като само двама от тях са пояснили какво точно имат предвид – избор на лекуващ лекар и това, кога е анкетиран пациента – по време на хоспитализацията или по време на изписването.

При анализа на докладите за дейността не се установява ползването на допълнителни показатели, които да не са посочени в структурираното интервю.

**Десетата група показатели са свързани с удовлетвореността на служителите** (табл.41). В тази група са включени 8 показателя.

**Табл.41** Аспекти на удовлетвореността на служителите, отразени в структурираното интервю и докладите за дейността

<i>Показатели, включени в СТРУКТУРИРАНОТО ИНТЕРВЮ и ДОКЛАДИТЕ ЗА ДЕЙНОСТ</i>	анкетни проучвания	нарушения	текучество	трудова злополука	съдебни дела и трудови спорове	участие в управлението	социална политика	други	Общо
<b>Структурирано интервю (по болници)</b>	92	74	87	45	49	68	84	24	<b>523</b>
в % от болниците - 108	85%	69%	81%	42%	45%	63%	78%	22%	
<b>Доклад за дейността (по болници)</b>	1	0	0	0	1	0	0	0	<b>2</b>
в % от болниците - 77	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	

Налице е пълен дисонанс между заявените в интервюто и реално ползваните при изготвянето на докладите показатели за анализа на удовлетвореността на служителите. Средния брой ползвани показатели от тази група според структурираното интервю е 5, а реално в докладите за дейността – нито един (споменават се само в 2 от общо 211 на 77 болници).

Най-често ползваните показатели в тази група според интервюто са: „анкетни проучвания“, „текучество“ и „социална политика“. В докладите се анализират единствено „анкетни проучвания“ (1 болница) и „съдебни дела и трудови спорове“ (1 болница). Останалите показатели въобще не се коментират.

При анализа на докладите за дейността не се установява ползването на допълнителни показатели, които да не са посочени в структурираното интервю. При анализа на данните от интервюто в опцията „други“ са дали отговор общо 24 респондента. От тях само е пояснил, че става дума за мотивация за следдипломно обучение.

**Обобщение на сравнителните данни по групи показатели:** налице е дисонанс между посочените в интервюто и реалното ползваните показатели в докладите. Голям брой показатели се познават от респондентите, но те практически не се употребяват. Смятаме, че главна причина за това е липсата на нормативен документ, който да урежда кои показатели следва да бъдат анализирани. Наличието на модел за анализ на болничната дейност ще даде възможност за представяне на цялостна картина на разнообразната дейност на една болница, а от друга страна ще позволи сравняването по болници и открояването на постиженията и недостатъците в дейността им. Един

качествен анализ на дейността пък би могъл да послужи като инструмент за косвена оценка на управлението на болниците.

Разгледаните до тук групи показатели за анализ на дейността дават представа за потенциала на лечебното заведение. С оглед извършването на качествен анализ на дейността следва да бъдат анализирани и факторите на външната среда, в която функционира болницата. Изхождайки от теорията те са разделени на две групи – фактори на микросредата и фактори на макросредата.

**По отношение на анализа на микросредата** се наблюдават големи различия между отговорите дадени в структурираното интервю и информацията в докладите за дейността. Евентуални причини за тези резултати биха могли да бъдат няколко: при изготвянето на докладите анализа на микросредата се подценява; информацията, необходима за анализа на външната среда да е била недостатъчна; липсват познания за това как да бъде събрана и анализирана тази информация.

Сравнителни данни относно извършването на анализ на факторите на непосредствената външна среда (микросредата) са представени на табл.42:

**Табл.42** Отчитане на факторите на микросредата според данните от структурираното интервю и докладите за дейността

<b>АНАЛИЗ НА ФАКТОРИТЕ НА ВЪНШНАТА МИКРОСРЕДА</b>		
<b>Структурирано интервю (по болници)</b>	<b>ДА</b>	<b>НЕ</b>
Уни (n=5)	5	0
Обл (n=21)	20	1
Общ (n=50)	48	2
Спец (n=32)	32	0
<b>Общо</b>	105	3
<b>в % от болниците n=108</b>	<b>97%</b>	<b>3%</b>
<b>Доклад за дейността (по болници)</b>	<b>ДА</b>	<b>НЕ</b>
Университетски (n=9)	5	4
Обл (n=18)	11	7
Общ (n=27)	6	21
Спец (n=23)	13	10
<b>Общо</b>	35	42
<b>в % от болниците n=77</b>	<b>45%</b>	<b>55%</b>

В структурираното интервю 97% от болниците заевяват, че извършват анализ на факторите на микросредата. В същото време в докладите им за дейността, тези фактори са анализирани от 45% от болниците. Разликата е

статистически значима ( $t=8,81$ ,  $p<0,001$ ). В анализа на микросредата са включени 8 фактора (табл.43).

**Табл.43** Фактори на микросредата, отразени в структурираното интервю и докладите за дейността

<b>ФАКТОРИ, анализирани според СТРУКТУРИРАНОТО ИНТЕРВЮ и ДОКЛАДИТЕ ЗА ДЕЙНОСТ</b>	конкурентите	потребителите	пазар на медицински труд	връзките с други организации	контактна аудитория - медии, профсъюзи	доставчици	маркетинговия посредник	други	Общо
<b>Структурирано интервю (по болници)</b>	92	97	89	75	47	70	78	20	<b>568</b>
в % от болниците - 108	85%	90%	82%	69%	44%	65%	72%	19%	
<b>Доклад за дейността (по болници)</b>	15	9	9	10	1	6	3	0	<b>53</b>
в % от болниците - 77	19%	12%	12%	13%	1%	8%	4%	0%	

Най-често анализираните фактори в тази група според интервюто са: „потребители”, „конкуренти”, „пазар на медицински труд” и „маркетингов посредник”. Дадените отговори са точни и логични. В докладите обаче, по-често се анализират: „конкуренти”, „връзки с други организации”, „потребители” и „пазар на медицински труд”. В структурираното интервю всеки фактор на микросредата е споменат – от 19% до 90% от болниците, докато в докладите за дейността те варират от 0% до 19% ( $t=9.53$ ,  $p<0.001$ ). Средния брой анализирани фактори в структурираното интервю е 5, докато в докладите за дейността е под 1. При разглеждане на докладите за дейността не се установява анализирани фактори, които да не са посочени в структурираното интервю.

**По отношение на анализа на макросредата** отново се наблюдават големи различия между отговорите дадени в структурираното интервю и информацията в докладите за дейността. Евентуални причини за тези резултати биха могли да бъдат няколко: при изготвянето на докладите анализа на макросредата се подценява; информацията, необходима за анализа на външната среда не е била достатъчна; липсват познания за това как да бъде събрана и анализирана тази информация. В анализа на макросредата са включени 12 фактора (табл.44).

**Табл.44** Отчитане на факторите на макросредата според данните от структурираното интервю и докладите за дейността

<b>АНАЛИЗ НА ФАКТОРИТЕ НА ВЪНШНАТА МАКРОСРЕДА</b>		
<b>Структурирано интервю (по болници)</b>	<b>ДА</b>	<b>НЕ</b>
Уни (n=5)	5	0
Обл (n=21)	20	1
Общ (n=50)	46	4
Спец (n=32)	31	1
<b>Общо</b>	<b>102</b>	<b>6</b>
<b>в % от болниците - 108</b>	<b>94%</b>	<b>6%</b>
<b>Доклад за дейността (по болници)</b>	<b>ДА</b>	<b>НЕ</b>
Университетски (n=9)	5	4
Обл (n=18)	10	8
Общ (n=27)	14	13
Спец (n=23)	11	12
<b>Общо</b>	<b>40</b>	<b>37</b>
<b>в % от болниците - 77</b>	<b>52%</b>	<b>48%</b>

В структурираното интервю 94% от болниците заявяват, че извършват анализ на факторите на макросредата. В същото време в докладите им за дейността, тези фактори са анализирани от 52% от болниците. Разликата е статистически значима ( $t=6,85$ ,  $p<0,001$ ). Факторите на макросредата, включвани при анализа на дейността на болницата са представени на табл.45:

**Табл.45** Фактори на макросредата, отразени в структурираното интервю и докладите за дейността

<b>ФАКТОРИ, анализирани според СТРУКТУРИРАНОТО ИНТЕРВЮ и ДОКЛАДИТЕ ЗА ДЕЙНОСТ</b>	здравно състояние	технологични фактори	природни фактори	здравеопазна система	социални фактори	културни фактори	правни фактори	политически фактори	демографски анализ на региона и тенденции	информационни фактори	икономически фактори	други	<b>Общо</b>
<b>Структурирано интервю (по болници)</b>	98	44	55	97	93	45	50	40	94	63	96	12	<b>787</b>
<b>в % от болниците - 108</b>	<b>91%</b>	<b>41%</b>	<b>51%</b>	<b>90%</b>	<b>86%</b>	<b>42%</b>	<b>46%</b>	<b>37%</b>	<b>87%</b>	<b>58%</b>	<b>89%</b>	<b>11%</b>	
<b>Доклад за дейността (по болници)</b>	9	5	2	21	4	0	5	5	13	0	21	0	<b>85</b>
<b>в % от болниците - 77</b>	<b>12%</b>	<b>6%</b>	<b>3%</b>	<b>27%</b>	<b>5%</b>	<b>0%</b>	<b>6%</b>	<b>6%</b>	<b>17%</b>	<b>0%</b>	<b>27%</b>	<b>0%</b>	

В структурираното интервю всеки фактор на макросредата е споменат – от 11% до 91% от болниците, докато в докладите за дейността те варират от 0% до 27% ( $t=10,53$ ,  $p<0.001$ ). Средния брой анализирани фактори в структурираното интервю е 7, докато в докладите за дейността е 1.

Най-често анализираните фактори в тази група според интервюто и докладите са: „здравно състояние”, „здравеопазна система”, „икономически

фактори” и „демографски анализ на региона и тенденции”. Дадените отговори са точни и логични. При анализа на докладите за дейността не се установява ползването на допълнителни показатели, които да не са посочени в структурираното интервю.

### **Изводи:**

В резултат на проведеното проучване в българските болници бяха определени характеристиките на процеса на диагностициране на дейността. Сравняването на данните от емперичното проучване, проведено чрез структурирано интервю и контент анализ на докладите за дейността на болниците в страната бе база за проверка на формулираните в началото на изследването хипотези.

Установено бе, че в българските болници липсват познания за извършването на диагностичен анализ на дейността и той се изразява по-скоро в представянето на отчет за дейността. Прегледа на докладите за дейността, изготвени в последните 5 години показват липсата на единна последователност и структура на изложението, анализирани направления на дейността, групи показатели, както и използваните методи за анализ. В резултат на вариацията на съдържанието се наблюдава и голяма вариация на обема на докладите. Не се проследяват промените в динамика, представените в текста данни се потаврят в табличен и графичен вид, без да обогатяват информацията в доклада. Налице е дисбаланс при ползваните показатели за измерване и анализа на ключовите направления на болничната дейност и ресурси на лечебните заведения. Преобладават финансово-икономическите показатели, които много често повтарят данните от финансовите отчети. Не се проследява успеха на болницата по заложените в началото на година – както според целите на стратегическите цели, така и според оперативните цели.

От данните от проведеното интервю се установява, че пред болничните ръководства стоят редица трудности, свързани с процеса на диагностичен анализ на дейността. Най-често те са свързани с липсата на методология и програма за провеждането на анализа. Като сериозно затруднение се отчита и липсата на специалисти, които да осъществяват процеса на диагностика анализ. Основния извод е: в българските болници съществува потенциал за осъществяване на съвременен и задълбочен анализ на дейността – налице са и предпоставките: богатата база с данни за дейността на болниците, осъзната

потребност от методологичен подход и потребност от специалисти. Изработването и предлагането на модел за диагностичен анализ може да бъде първата стъпка в повишаване на нивото на анализ на болничната дейност, а оттам и на управлението на болниците, и системата като цяло.

## МОДЕЛ ЗА ДИАГНОСТИЧЕН АНАЛИЗ НА ДЕЙНОСТТА НА БОЛНИЦАТА

Съществуващите модели за диагностичен анализ често представляват схеми на поведение, чрез които организациите подреждат елементите в процеса на диагностичен анализ. Те дават ориентация и отговор на някои важни въпроси, свързани с измерването на дейността и нейното последващо анализиране. Въпросите често са породени от високата степен на несигурност, която е характерна за управлението на болниците и сферата на здравеопазването въобще. В тази връзка бе важно моделът да се разработи така, че да бъде полезен и приложим в българските болници от няколко гледни точки:

1. Да отговаря на теоретичните изисквания към подобен род модели и да взаимодейства най-добро от съществуващите до момента такива, което намери израз в определянето на **ТЕОРЕТИЧНАТА** база на модела (етап I).

2. Да отчита задължителните нормативни изисквания към управлението на болниците в България, което намери израз в определянето на **НОРМАТИВНАТА** база на модела (етап II).

3. Да се доближава максимално и използва възможностите на съществуващата практика на измерване на болничната дейност, особеностите на статистическата отчетност и познанията на болничните ръководства в областта на диагностичния анализ, което намери израз в разработването на **ПРАКТИЧЕСКАТА** база на модела (етап III).

4. Да подпомага усилията на болничните екипи в областта на измерването и анализа на дейността като даде отговор на няколко важни концептуални въпроса: Кога е необходимо да се измерва и анализира дейността? (цел, обект и предмет на модела за диагностичен анализ); Как трябва да се измерва и анализира дейността? (ключови принципи на модела);



Какво трябва да се измери и анализира? (Показатели и ключови направления на дейността); Кой трябва да извърши анализа? (аспекти на измерването и анализа). Този стремеж намери израз в разработването на **МЕТОДИКАТА** на модела (етап IV).

5. Да даде на болничните специалисти ясни насоки за работа при измерването и анализа на дейността, което намери израз в изготвянето на **АЛГОРИТЪМ** на приложението на модела, матрица за диагностика и диагностични карти по ключови направления на болничната дейност (етап V).

Изработването на модела за диагностичен анализ на дейността на болницата премина през следните етапи:

## **ЕТАП I:**

### **ТЕОРЕТИЧНА БАЗА НА МОДЕЛА**

При определенето на теоретичната база на разработвания модел бяха взети предвид теоретичните насоки и чужд опит в областта на измерването и анализа на болничната дейност, от гл.т. на съществуващи модели, методики и инструменти, възможностите им за вземане под внимание на стейкхолдерите на болницата, анализирани показатели и главните направления на дейността, отчитане на факторите на вътрешната и външната среда. Направен бе сравнителен анализ на съществуващите модели, методики и инструменти за измерване и анализ на болничната дейност (глава I, табл.4) с цел определяне на модели, от които биха могли да се взимат характеристики, подходи и практически аспекти при разработването на модела. Определени бяха няколко критерии за подбор: моделът, методиката или инструмента да отчита ролята и изискванията на стейкхолдерите; да включва многообразие и баланс от анализирани направления на дейността и основни показатели, които да отразяват мисията, целите и функциите на болницата; да води до подобряване на управлението на болницата, а не само до оптимизиране на качеството на клиничната дейност. Като подходящи за анализ на болничната дейност бяха определени 4 модела, разработени за болници, 4 модела за фирмено управление и 1 въпросник:

- Канадски модел (Болнични доклади за дейността, Канада, 1997);
- Датски модел (Национален проект за индикатори, Дания, 2000);
- Френски модел (Проект COMPAQH, Франция, 2003);

- Моделът PATH (на СЗО, 2003);
- Пирамидата SMART (The SMART performance pyramid);
- Модел на съвършенство (EFQM Excellence model);
- Балансираната карта на показателите (Balanced scorecard);
- Призмата на дейността (The Performance Prism);
- Въпросникът на Майкъл Армстронг.

## **ЕТАП II:**

### **НОРМАТИВНА БАЗА НА МОДЕЛА**

Във връзка с изработване на нормативната база на модела бяха прегледани и взети под внимание (по-подробно изискванията са посочени в Приложение 3):

**2.1. Нормативните изисквания на страната**, касаещи анализа на болничната дейност и изготвянето на докладите за дейността на болниците, посочени в Закона за счетоводството, Търговски закон, Закон за лечебните заведения, Закона за сметната палата, Националните медицински стандарти и Наредба № 9 за Условиата и реда за провеждане на конкурси за възлагане на управлението на лечебни заведения.

**2.2. Целите и приоритетите на МЗ**, представени в стратегическите документи, касаещи болничното управление - Национална здравна стратегия 2008-2013, Концепция за по-добро здравеопазване, Концепция за реструктуриране на болничната помощ, Национална здравна карта и посочените в нея национални здравни приоритети.

**2.3. Изискванията към болничния мениджмънт**, залегнали в договорите за управление на болниците, сключвани с принципала.

## **ЕТАП III:**

### **ПРАКТИЧЕСКА БАЗА НА МОДЕЛА**

Практическата база на модела бе определена въз основа на възможностите на българските болници за провеждане на анализ на дейността, включващи досегашната практика, организация на отчитането и възможности на информационната система, установено чрез проведено структурирано интервю, контент анализ на болничните доклади за дейността и проучване на документите, свързани със задължителната статистическа отчетност в болниците.

**3.1. Проведеното структурирано интервю и контент анализ на докладите за дейността** - проведеното структурирано интервю обхваща 43% от ЛЗБП в страната (глава II, табл. 5). Анализът на данните показва, че те са равномерно разпределени по географски и административни региони в страната. Смятаме, че броя на лечебни заведения за болнична помощ по видове е достатъчен и осигурява представителност на проучването. Обхванати са ръководните кадри от висше, средно и ниско управленско ниво. Преобладаващата част от интервюираните (около 60%) (глава III, Табл. 6) имат дългогодишен управленски опит. Това ни даде основание да приемем, че болниците се управляват от хора набрали достатъчен обем от познания за управление и анализ на болничната дейност. Интервюираните посочват разнообразни показатели, които ползват при извършването на диагностичен анализ на болничната дейност. По-подробно те са представени в глава III и са взети под внимание при сравнителния анализ, представен в **табл.46**.

По отношение на докладите за дейността в структурата на изложението се наблюдава голямо разнообразие. Все пак могат да се отграничат няколко структурни части в докладите за дейността:

- *Паспортна част* - най-често в нея се помещава информация за ЛЗБП като наименование, търговско-правна форма, съдебна регистрация, предмет на дейност, акционерен капитал (около 80% от всички доклади). В редки случаи се описват мисията, функциите и капацитета на ЛЗ (около 15% от всички доклади).
- *Основна част на доклада*, включваща отчитането на ключовите показатели за дейността. Прави впечатление разнообразието от ползвани показатели, както по видове болници, така и за една и съща болница през годините. При проследяване на ползваните в докладите за дейността групи показатели през годините, прави впечатление хаотичното им разпределение и липсата на системност и тенденция за точното им формулиране и конструиране (приложение 1, табл.7). Това отново подсказва необходимостта от създаване на модел и методика за анализ на болничната дейност. Липсва методичност и в представянето на показателите за текущата година и тяхното сравнение в динамика (варира от липса на каквото и да е сравнение до сравнение с предходните 5-7 години). Успоредно се използват таблично, графично и

текстуално представяне на едни и същи данни. Това обременява изложението и затруднява читателите.

- *Допълнителна част към доклада* – обикновено тя включва анализ на трудностите пред ЛЗ и рисковете за реализиране на мисията му, както и в някои редки случаи - SWOT анализ. Тази част присъства в едва 5% от всички доклади. Съдържанието не е унифицирано, а обема е изключително вариабилен. Тази част няма точно установено място в структурата на докладите.
- *Заключителна част на доклада* – обикновено тя съдържа целите за текущата година, тяхното изпълнение, рядко критери за тяхното количествено и качествено отчитане, както и предвиждане на цели за следващата година. В по-голямата част от докладите тази част се намира в края на докладите. В 12% от докладите тази част няма точно определено място като понякога се намира в самото им начало.

**3.2. Справки, изисквани от МЗ и НЗОК** – В ЗЛЗ е предвидено, че: чл. 6 (2) Лечебните заведения прилагат технологии и системи за събиране на информация; (3) Лечебните заведения предоставят информация за извършваната от тях медицинска дейност, както и медико-статистическа информация съгласно наредба на министъра на здравеопазването, съгласувана с Националния статистически институт. Много и разнообразни са справките и отчетите, които ЛЗБП следва да подават към РЗИ, НСИ, НЗОК. Това дава възможност за ползването на голям обем информация за целите на анализа на болничната дейност.

Всички основни изследвания в областта на здравеопазването, които се провеждат от НСИ и Националния център по общественото здраве и анализи са включени в Националната статистическа програма за 2012 година, с което е регламентиран задължителният характер на предоставянето на данни от лечебните и здравни заведения (64). Националният център по общественото здраве и анализи:

- осъществява дейност по Информационното осигуряване на управлението на здравеопазването - чл.1 (3) т.2;
- разработва, унифицира и поддържа медико-статистическа документация за ресурсите и дейността на лечебните заведения в съответствие с

нормативните изисквания на Закона за лечебните заведения съгласувано с Националния статистически институт - чл.22, т.2;

- осигурява оперативна и годишна медико-статистическа и икономическа информация - чл.22, т.4;
- провежда статистически изследвания, необходими за създаване на национална и европейска статистическа информация в областта на здравеопазването - чл.22, т.9;

Като най-подробен отчетен документ, изискван от НЦОЗА от всички болници в страната може да се посочи Формуляр "З" - 365Б (годишен) (210). Неговото съдържание е представено по-подробно в **Приложение 4**.

#### **ЕТАП IV:**

#### **МЕТОДИКА НА МОДЕЛА**

Диагностичния анализ на дейността се прилага най-често в случаите, когато болницата е на кръстопът в своето развитие и има нужда от помощ при вземането на управленски решения по отношение на (124): **стратегически решения** (нарастване на организацията, сливане, свиване, промяна в мисията), **оптимизиране на дейността** (разширяване на дейността, интегриране на две или повече дейности, предлагане на нови услуги), **финансово управление** (търсене на нови инвеститори, диверсифициране на финансовите източници, въвеждане на нови подходи за привличане на финансови средства), **човешки ресурси** (има ли нужда от персонал с различни способности; да бъде ли освободен част от персонала и кой точно и т.н.) В този смисъл диагностичния анализ в качество му на инструмент на болничното управление има две главни проявления:

**1. Метод за изследване на икономическото състояние** на болницата, като се изучават икономическите просеци, явления и показатели в тяхната взаимна връзка и зависимост.

**2. Метод за прогнозиране и планиране** на стопанската дейност на болницата, захранвайки този процес с количествена и оценъчна информация за постигнатите резултати, проявили се и очаквани тенденции и изменения във болничната икономика, влиянието на факторите, които ги пораждат.

В тази връзка при разработване на модел за диагностичен анализ на дейността на болницата се водехме от идеята чрез него да се подпомогнат

болничните ръководства в процесите на управленска диагностика. Моделът е подходящ за:

- Оценка на **ефективността** на използването на материалните, трудови, финансови и други ресурси на болницата и разкриване на резерви за по-доброто им оползотворяване;
- Разкриване на **тенденциите и закономерностите** в развитието на болничната дейност, на факторите и степента на тяхното влияние с оглед генериране на информация полезна за планирането, вземането на управленски решения, построяване на надеждни планове и прогнози и контрол;
- **Финансово-икономическа обосновка** на избора на бизнес стратегии в условията на конкуренция и проверка на тяхната оптималност;
- **Комплексна оценка**, разкриване, измерване и очертаване на съществуващите резерви и възможности за повишаване ефективността на дейността.
- **Изучаване на въздействията на външната среда** и на икономическото поведение на конкурентите, с оглед култивиране на нови конкретни предимства на фирмата и по-добро използване на съществуващите.
- **Измерване и контрол на изпълнението на плановете**, разкриване на негативни явления и тенденции, и подпомагане формулирането на коригиращи действия.
- **Идентифициране на силни и слаби страни, трудности и проблеми** и дефиниране на потребностите от специфични действия;
- **Установяване и документиране на желаните резултати** от дейността на болницата;
- **Информирание на стейкхолдерите** за дейността на болницата.
- **Подпомагане набирането на средства.**

### **ЦЕЛ НА МОДЕЛА**

Целта на модела е чрез получените от анализа резултати да се диагностицира периодично икономическото и финансово състояние на болницата, да се вземат управленски решения и се предприемат коригиращи въздействия за отстраняване на допуснатите недостатъци и съответни маневри

за използване на разкритите резерви и възможности за позитивно развитие на болницата.

### **ОБЕКТ НА ДИАГНОСТИЧНИЯ АНАЛИЗ**

Моделът е насочен към идентифициране, измерване и изследване на отделни явления и процеси, които в своята съвкупност изразяват отделните направления на болничната дейност, както и към комплексен анализ на цялостната дейност на болницата. Възможностите на модела включват провеждането на:

- **Комплексен (годишен) диагностичен анализ** – обхваща цялостната дейност на болницата и въпросите, свързани с характеристика на състоянието (капацитета) на лечебното заведение, дейностите и ресурсите за осъществяване на дейността; силните и слабите страни; връзките и зависимостите между факторите и показателите за дейността.
- **Стратегически (дългосрочен) диагностичен анализ** – представлява подробен анализ на целите, интересите, очакванията и удовлетвореността на главните стейкхолдери на болницата, рисковете и факторите на външната и вътрешната среда на болницата. Той може да се ползва за измерване на напредъка по дадена инициатива или стратегия.
- **Частичен диагностичен анализ** (локален или функционален анализ) – представлява анализ на отделна организационна единица (клиника, лаборатория, отдел, направление) или отделна функционална област на дейността (управление на човешките ресурси, маркетинг, проектен мениджмънт и т.н.). Този тип анализ е по-ограничен по обхват от комплексния, но осигурява по-голяма дълбочина.
- **Проблемно-ориентиран диагностичен анализ** (тематичен анализ) – анализ на конкретен организационен проблем, като целта е той да се изследва в дълбочина, да се намерят факторите, които го провокират и начини за решаването му (удовлетвореност на пациентите, мотивация на човешките ресурси, връзки с други организации и т.н.).

## ПРЕДМЕТ НА АНАЛИЗА

Предмет на анализа е влиянието на комплекса от фактори върху постигнатите резултати от стопанската дейност и използването на ресурсите отразени във система от конкретни показатели установявано с цел да се даде обективна оценка на постигнатото и да се разкрият резервите за повишаване на ефективността на ангажирания капитал.

## КЛЮЧОВИ ПРИНЦИПИ НА МОДЕЛА

При разработването на модела приехме, че той ще се основава на няколко ключови принципа:

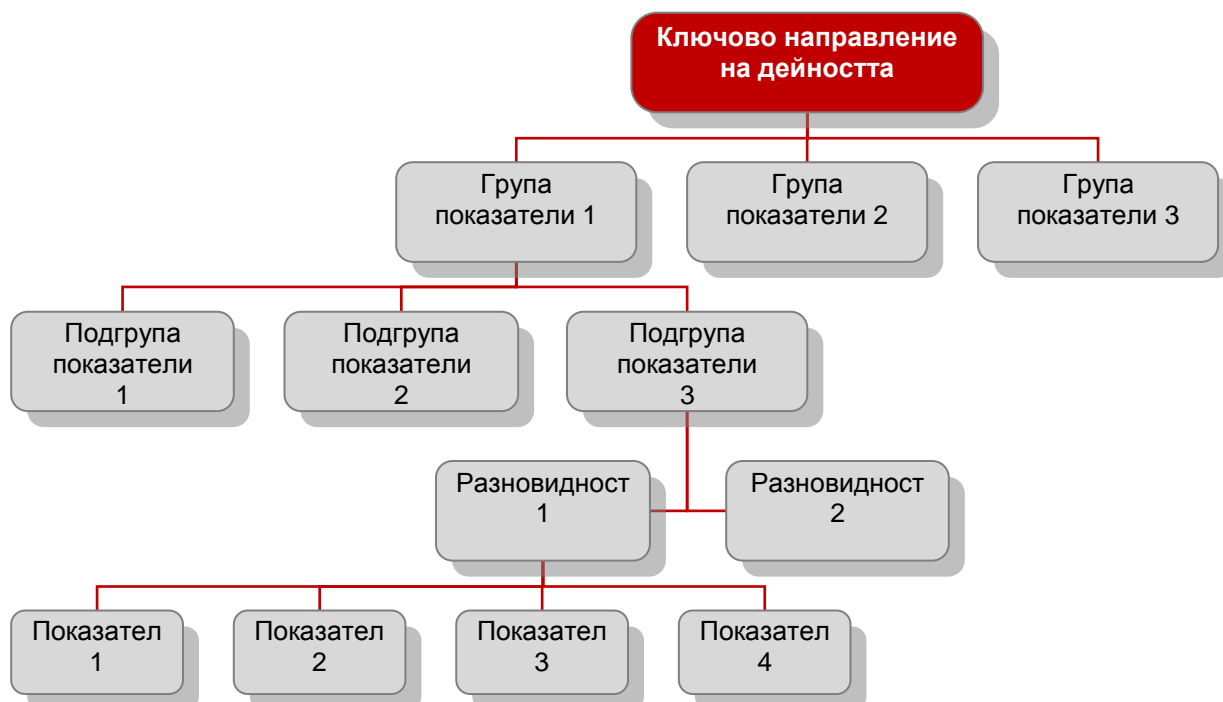
**1. Комплексност:** моделът е разработен така, че анализът да обхваща дейността и болницата в нейната цялост; да анализира капацитета, дейностите, процесите и резултатите от множество страни, със стремеж към всеобхватност и системност; да комбинира ползването на различни методи и средства; субординация между аналитичните показатели и непрекъснатост, алтернативност на оценките и креативност на решенията.

**2. Концептуалност:** моделът има абстрактен характер и подчертава причинно-следствените връзки, присъщи за сложните системи, каквито са и болниците. Моделът следва да предложи начините и средствата за извършване на качествен диагностичен анализ, без да предлага готови „рецепти“.

**3. Многомерност:** под многомерен модел се разбира модел, който обхваща максимално много възможни и необходими аспекти на болничната дейност, които трябва да бъдат измерени и анализирани. Идеята за многомерността означава чрез приложението на модела да се постигне задълбоченост и многостранност на анализа, да не се дава предимство на една група показатели, за сметка на пропускането на други, отразяващи важни аспекти на дейността на болницата. Под многомерен се разбира и наличието на йерархия и последователност на срезове на измерване: ключови направления → групи показатели → подгрупи → отделни показатели. За някои направления на дейността модела може да е двумерен (две йерархични нива на показателите за измерване), за други тримерен и т.н. (фиг. 23)



фиг.23 Многомерност на модела (йерархия)



**Пример:**

Ключово направление „Човешки ресурси“ → група показатели за измерване на аспекта „Човешки ресурси“ → подгрупа „Придобито образование и квалификация“ → разновидност „Лекари със специалност“ → специфични показатели „брой лекари със специалност с до 5 г. стаж по специалността“, „Брой лекари със специалност с над 5 г. стаж по специалността“

**4. Балансираност:** при приложението на модела трябва да се търси:

- баланс между броя и вида на дефинираните ключови направления;
- баланс между интересите на отделните стейкхолдери (както и баланс между интересите на обществото, потребителите и болницата);
- баланс между броя и вида на използваните групи показатели за измерване на всяко ключово направление и всеки стейкхолдер;
- баланс между броя и вида на използваните конкретни показатели за измерване на отделните аспекти на дейността, свързани с всяко ключово направление и всеки стейкхолдер.

**АСПЕКТИ НА ИЗМЕРВАНЕТО И АНАЛИЗА**

В архитектурата на управлението, подчинено на ефективността има три организиращи взаимосвързани центъра. Те се обособяват като самостоятелни възли във **«ВЕРИГАТА НА ЕФЕКТИВНОСТТА»** (фиг.24), когато организацията се разглежда като производствена система (17). Към тяхното измерване е насочен моделът. По-конкретно главните аспекти на измерване в болницата са:

- **потенциалът** – оценяването на готовността и факторите/ ресурсите (от гл.т. на тяхната наличност и способност) да бъдат включени в процеса на производство отразява производствения потенциал на ЛЗ. При измерването се дава отговор на въпросите: Какви средства, персонал, консумативи, условия, информация са необходими за осъществяването на болничната дейност. Централна концепция тук е *икономичността*, т.е. връзката между входящите фактори/ ресурси и направените разходи за тях.
- **дейността/ капацитетът** – способността за производително използване на факторите/ ресурсите представлява производствения капацитет на болницата, който зависи най-вече от техническите и организационни условия. Централна концепция тук е *продуктивността* на производствените процеси, отразяваща способността на болницата да трансформира ресурсите в конкретни продукти/ услуги.
- **целите** – ефективността от управленска гл.т. представлява (и може да бъде измервана чрез) степента, в която организациите постигат своите цели. Те се изразяват най-вече в постигнатите резултати и въздействия от страна на лечебното заведение. Могат да бъдат икономически, медицински и социални. Тук от особено значение е дефинирането на стейкхолдерите и резултатите, които са получават за всеки един от тях. Управлението на болницата има за цел изграждането и поддържането на ефективна, гъвкава и адаптивна към промените на външната среда организация. Степента (успешността), в която болницата обслужва потребностите на външната среда, е централния въпрос на стратегическото управление. Казано накратко, обект на стратегическото управление е ефективността.

**Фиг.24** Верига на ефективността – логика на последователността



*Източник: графична адаптация по 17*

## КЛЮЧОВИ НАПРАВЛЕНИЯ НА ДЕЙНОСТТА

Ключовите направления на дейността, които следва да бъдат включвани в комплексния и стратегическия анализ на болничната дейност следва да отразяват интересите на болницата, на пациентите и на обществото. Изборът на най-важните направления на дейността на болницата е направен въз основа на сравнителен анализ, представен на **табл.46**. Той включва:

- **Направления на дейността, които следва да се анализират според теоретичните модели** (глава I, табл. 4 Методики и модели за диагностичен анализ на организацията).
- **Направления на дейността, които се визират в нормативните изисквания** към болничното управление – Закон за лечебните заведения, Закон за счетоводството, Търговския закон, Договори за управление на болниците.
- **Направления на дейността, които са важни според стратегическите документи**, в които се определят националните приоритети в здравеопазването.
- **Националните медицински стандарти** и основните аспекти на болничната дейност, включени в тях.
- **Структурираното интервю, проведено с ръководен болничен персонал**, който участва в анализа на болничната дейност.
- **Докладите за дейността на болниците** за периода 2007-2010 г.
- **Отчетната дейност в болниците** – съдържанието на периодичните справки и отчети, изисквани от болниците.

## ПОКАЗАТЕЛИ

Показателите, включени в модела бяха извлечени чрез проведеното емпирично изследване (гл.III) и теоретичен преглед по темата. Показателите, познати и прилагани в ежедневната практика в българските болници при извършването на анализ на дейността бяха подбрани на принципа „показателя да е посочен в поне 50% от обхванатите в структурираното интервю болници и да присъства в докладите за дейността на поне 50% от проучените болници”. Към модела са добавени допълнително някои показатели, които макар и да се срещат по-рядко, според литературните данни и нашия практически опит дават основание да бъдат определени като важни.

**Табл.46. Сравнителен анализ на посочваните ключови направления за анализ на дейността** ✓ - ключовото направление присъства в модела

Модел/ Методика/ Нормативно изискване	КЛЮЧОВИ НАПРАВЛЕНИЯ НА ДЕЙНОСТТА НА БОЛНИЦАТА										
	Група I	Група II	Група III	Група IV	Група V	Група VI	Група VII	Група VIII	Група IX	Група X	Група XI
	Ръководство/ Политика & Стратегия	Служители/ Резултати за служителите	Ползи за обществото	Партньори/ Конкуренти/ Пазар	Вътрешни процеси/ Стандарти	Клиенти/ Резултати за клиентите	Ключови резултати/ ефективност	Обучение& иновация/ адаптация	Медицинска перспектива/ Клинична ефикасност	Финансова перспектива	Капацитет/ Ресурси
<b>Теоретични насоки и чужд опит</b>											
Канадски модел		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
Датски модел	✓	✓	✓			✓		✓	✓		
Френски модел		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Модел PATH (на WHO)	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓		
Пирамида SMART	✓			✓	✓	✓	✓		✓	✓	
Balanced Scorecard	✓				✓	✓		✓		✓	
EFQM модел	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
Призма на дейността	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓
Въпросник на Майкъл Армстронг	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Законовите изисквания на страната</b>											
Закон за счетоводството	✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓
Търговски закон	✓	✓		✓			✓		✓	✓	✓
Закон за лечебните заведения	✓						✓		✓	✓	✓
Изисквания на националните медицински стандарти		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Наредба 9 за провеждане на конкурсите за възлагане на управлението на ЛЗБП	✓		✓						✓	✓	✓

Модел/ Методика/ Нормативно изискване	КЛЮЧОВИ НАПРАВЛЕНИЯ НА ДЕЙНОСТТА НА БОЛНИЦАТА										
	Група I	Група II	Група III	Група IV	Група V	Група VI	Група VII	Група VIII	Група IX	Група X	Група XI
	Ръководство/ Политика & Стратегия	Служители/ Резултати за служителите	Ползи за обществото	Партньори/ Конкуренти/ Пазар	Вътрешни процеси/ Стандарти	Клиенти/ Резултати за клиентите	Ключови резултати/ ефективност	Обучение& иновация/ адаптация	Медицинска перспектива/ Клинична ефикасност	Финансова перспектива	Капацитет/ Ресурси
<b>Цели и приоритети на Националната здравна политика</b>											
Национална здравна стратегия 2008-2013	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Концепция за по-добро здравеопазване 2010-2015	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Концепция за реструктуриране на болничната помощ	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Национална здравна карта и посочените в нея национални здравни приоритети	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Изисквания, посочени в Договорите за управление на държавните болници	√					√	√		√	√	
Изисквания, посочени в Договорите за управление на общинските болници	√	√		√		√	√		√	√	√
<b>Наличните възможности на болниците за анализ на дейността</b>											
Проведено структурирано интервю	√	√		√	√	√	√	√	√	√	√
Контент анализ на докладите за дейността	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Справки и отчети, изисквани от МЗ и РЗОК		√				√	√	√	√	√	√
<b>Общо от всички категории</b>	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>15</b>

**\*Забележка:** Класирането на „ключовите направления на дейността“ е направено по честота на срещането им в теорията и практиката на диагностичния анализ.

Концептуалният модел е абстрактен модел на сложните системи или процеси, включващ съвкупност от компоненти, връзките между тях, начините и средствата, както и последователността от действия за постигане на някакъв конкретен резултат (16) – в нашия случай извършване на диагностичен анализ на болничната дейност. Графично модела е представен по-долу (фиг.25):

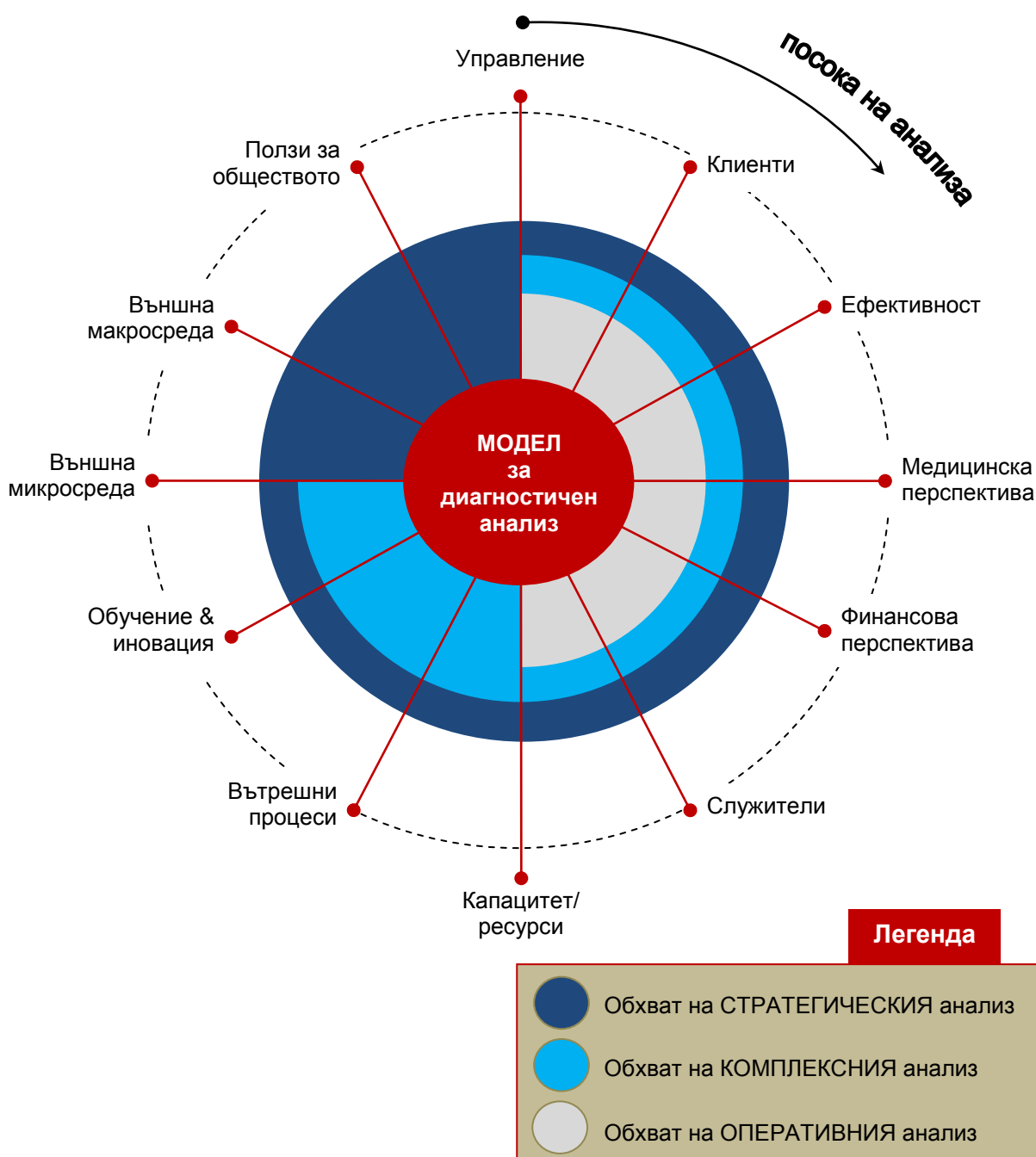
**Фиг.25** Схема на модела за диагностичен анализ на болничната дейност



Моделът съдържа 12 ключови направления на болничната дейност, определени въз основа на направеното сравнение в **табл.46**. Така дефинираните направления следва да бъдат включвани в процесите на диагностика на болницата, като обхвата им ще бъде различен според вида на анализа, който ще се извършва.

При извършването на **оперативен диагностичен анализ** най-приоритетни ще бъдат направленията „Управление“, „Клиенти“, „Ефективност“, „Медицинска перспектива“, „Финансова перспектива“, „Служители“, „Капацитет/ресурси“. Под оперативни анализи се разбират краткосрочните (до 1 г.) анализи на потенциала, дейността и ефективността. При извършването на **комплексен диагностичен анализ** на дейността освен тях, следва да се включват и „Вътрешни процеси“, „Обучение & иновация“ и „Външна среда“. Под комплексен анализ се разбират анализите, които обхващат период една и повече години (фиг.26)

**Фиг.26** Посока и обхват на диагностичния анализ в болницата



Моделът подпомага и извършването на **стратегически диагностичен анализ** на болницата във връзка с осигуряване на информация за стратегическия мениджмънт. В този случай изследването на отделните аспекти на болничната дейност се задълбочава чрез обхващане и на ключовите направления „ползи за обществото“ (анализ на стейкхолдерите) и „външна макросреда“.

#### **ЕТАП V:**

#### **АЛГОРИТЪМ ЗА ПРИЛОЖЕНИЕ НА МОДЕЛА**

Алгоритъмът за приложението на модела бе създаден с цел да се осигурят ясни насоки за работа на болничните специалисти при измерването и анализа на дейността. Последователността на прилагане на модела включва следните етапи и стъпки:

#### **СЪДЪРЖАНИЕ НА АЛГОРИТЪМА**

##### **А. ПОДГОТВИТЕЛЕН ЕТАП**

**стъпка 1:** Съставяне на план и екип за провеждане на анализа

**стъпка 2:** Избор на методически апарат на анализа, включващо:

- 2.1. Дефиниране на ключовото направление/ проблем на анализа;
- 2.2. Излагане на ключовите и допълнителни уточняващи въпроси;
- 2.3. Определяне на показателите за измерване;
- 2.4. Определяне на източниците на данни;
- 2.5. Определяне на методите за събиране на данните.

##### **Б. АНАЛИТИЧЕН ЕТАП:**

**Стъпка 3:** Провеждане на измерванията и събиране на данните

**Стъпка 4:** Анализирание на данните

##### **В. ЗАКЛЮЧИТЕЛЕН ЕТАП**

**Стъпка 5:** Изготвяне на доклад от анализа.

По-подробно отделните стъпки на алгоритъма за приложение на модела са представени по-долу:



## А. ПОДГОТВИТЕЛЕН ЕТАП

### **стъпка 1: Съставяне на план и екип за провеждане на анализа**

Съставянето на план за провеждане на анализа гарантира правилното определяне на вида, целите, задачите, обектите и обхвата на анализа, сроковете, изпълнителите и отговорностите на всички служби и специалисти в болницата. Разпределението на ролите и отговорностите, както и даването на насоки за работа и срокове е важен момент при провеждането на диагностичния анализ на болницата. Ролите в диагностичния екип в болницата са две:

- Стратегическа роля – осигуряване на ръководство и насоки за реализацията на процеса, както и контрол на качеството.
- Оперативна роля – събиране на данни, анализиране и докладване.

За ефективното приложение на модела се препоръчва за всяка роля да се сформира отделен екип, тъй като се изискват различни способности и познания за тяхното изпълнение. Екипът не трябва да е прекалено голям, за да не се затруднява вземането на решения и организацията на работа.

### **стъпка 2: Избор на методически апарат на анализа**

Изборът на методически апарат за извършване на анализа включва подбор на методи, техники, система от показатели и подготовка за практическо провеждане на анализа. За улесняване на тази задача модела предлага матрицата за диагностика, която се попълва с помощта на една или повече диагностични карти

За извършването на диагностичния анализ по представения модел са разработени **12 броя диагностични карти**, които да подпомогнат диагностицирането на всяко ключово направление. В картите се съдържа кратка дефиниция на анализираното направление на болничната дейност, последователността от действия, ключовите въпроси или проблеми, които подлежат на анализ, възможните показатели, източници на данни и методи за тяхното събиране (**табл.47**). Диагностичните карти са разработени така, че да позволяват както мащабен стратегически или комплексен анализ на болницата (когато се използват в тяхната съвкупност), така и специфичен тематичен

анализ на едно или няколко ключови направления на болничната дейност (чрез използването на една или няколко диагностични карти самостоятелно).

**Табл.47.** Компоненти на ключовите направления, разработени в диагностичните карти

<b>КЛЮЧОВИ НАПРАВЛЕНИЯ НА БОЛНИЧНАТА ДЕЙНОСТ И ТЕХНИТЕ АСПЕКТИ</b>	
<b>НАПРАВЛЕНИЕ на дейността</b>	<b>АСПЕКТИ на дейността, включени в картата</b>
Управление	Визия, мисия, цели, стратегия, стратегически портфейл, изпълнение на плановете, контрол на изпълнението, управленска компетентност и опит, управленска структура, отговорно управление, иновационни методи в управлението, постижения/ поражения и причините за тях, стил на управление.
Клиенти	Таргетиране, Мониториране, Резултати, Връзки и взаимодействия
Ефективност	Релевантност, Продуктивност, Адекватност, Ефикасност, Медицинска ефективност, Икономическа ефективност
Медицинска перспектива	Обем на дейността, Разнообразие на медицинската дейност, Използваемост на потенциала, Интензивност на дейността
Финансова перспектива	Финансовото планиране, счетоводство, финансовата отчетност
Служители	Планиране, Осигуреност с персонал, Квалификация и развитие, Атестация, Мотивация, Връзки с персонала, Удовлетвореност
Капацитет/ Ресурси	Материална база, Медицински технологии, Инфраструктура, Транспорт, Болнична информационна система
Вътрешни процеси	Организация, Управление на качеството, Вътрешен контрол, Риск мениджмънт
Обучение& иновация	Обучение и развитие на персонала, Управление на иновациите
Външна микросреда	Конкуренти, Доставчици, Пазар на труда и социални партньори
Външна макросреда	Здравно-демографски, Социално-икономически, Политически, Технологични фактори, Социално-културни фактори, Фактори на околната (природна) среда, Рискови фактори за здравето
Ползи за обществото	Стейкхолдери – идентифициране, характеризиране, картографиране, определяне на потребностите, измерване и анализ на удовлетвореността

Чрез диагностичните карти става попълването на **матрицата за диагностика**, която представлява инструмент за планиране на аналитичната работа. Тя представя опорните пунктове на анализа, подрежда схематично предстоящия анализ и прави процеса на диагностика много по-лесен (табл.48)

**Табл.48** Матрица за диагностика

<b>Ключово направление</b>	<b>Главни въпроси</b>	<b>Допълнителни въпроси</b>	<b>Показатели за измерване</b>	<b>Източници на данни</b>	<b>Методи за събиране на данните</b>

**Последователността** на попълването на матрицата за диагностика най-общо включва следните стъпки:

- 2.1.** Определяне на ключовото направление, аспект или проблем на болничната дейност, който ще бъде анализиран;
- 2.2.** Дефиниране на главните (ключови) въпроси, свързани с анализа на избраното направление и допълнителни уточняващи въпроси.
- 2.3.** Определяне на показателите за измерване, чрез които ще се отговори на въпросите;
- 2.4.** Определяне на източниците на данни за анализирания проблем/аспект на болничната дейността;
- 2.5.** Определяне на методите за събиране на данните, съответстващи на реалността и ограниченията в болницата.

Под **ключови направления на дейността** се разбират онези проблеми, които повлияват най-силно болницата и които тя трябва да реши, за да подобри дейността си или с други думи - това са „стратегическите въпроси” на диагностичния анализ. Това могат да бъдат въпроси, свързани с:

- **Ефективност** – доколко добре болницата се представя от гл.т. на дейност и постига своята мисия и цели;
- **Ефикасност** – колко добре болницата използва ресурсите си, за да постигне мисията си. Болницата трябва не само трябва да предлага качествени услуги, но и да ги осигурява в рамките на определени разходи.
- **Адекватност** – доколко мисията, целите и дейността на болницата продължават да обслужва целите/ очакванията/ потребностите на отделните стейкхолдери;
- **Финансова жизнеспособност** – дали болницата разполага с необходимите финанси за своето краткосрочно и дългосрочно функциониране.

**Главните и допълнителните въпроси** могат да бъдат описателни (дескриптивни), нормативни и казуални. След тяхното дефиниране те трябва да бъдат ранжирани според следните фактори:

- **Ресурсна обезпеченост** – това са хората, времето, които болницата трябва да инвестира в процеса на диагностика;

- **Цел на диагностичния анализ** – тук е необходимо да се елиминират въпросите, които не се нуждаят от отговор;
- **Интересите на стейкхолдерите** – едни въпроси може да са по-важни за определени стейкхолдери от други. Важно е обаче да се осигури баланс на потребностите на стейкхолдерите от гл.т. на поставените въпроси.

**Показателите** са средството за измерване, чрез което се изяснява дадено понятие. Важен етап в диагностичната работа е намирането на отговори на въпросите „Какво се измерва?“ и „Защо се измерва?“. Във всяка диагностична карта са представени основните показатели, които могат да се ползват за измерване на даденото ключово направление. Критериите за избор на показателите, включени в модела бяха: да имат точно определено съдържание и да са конкретни; да съответстват на общоприетите показатели в практиката на болниците; да са количествено измерими и да се изразяват в едни и същи мерни единици в отделните болници; да характеризират съответното ключово направление на дейността; да имат честа употреба в практиката на болниците; надеждност; валидност; практическа възможност за събирането на данните.

**Осигуряване на необходимата информация** – включва определяне на източниците и методите за събиране на информацията, като особено внимание следва да се обърне на нейната пълнота и достоверност; набиране и обработка на необходимата информация; фактическа и логическа проверка на информацията; осигуряване на съпоставимост на данните и проверка за достоверност. Видът, характера и обема на необходимата информация за провеждане на анализа се определя от:

1. **Целите, задачите и обхвата на анализа:** дали е изследване на една или повече ключови области на диагностика, един или повече взаимосвързани показатели, на цялостната дейността на болницата или на нейни отделни направления на дейността.
2. **Периода на анализа:** дали става дума за оперативен, годишен или дългосрочен анализ.
3. **Равнище на управление:** дали анализът се прави на общоболнично равнище или е насочен към отделна структурна единица.

**Източниците на информация** за целите на диагностичния анализ на болницата могат да бъдат много и разнообразни. Моделът предполага ползването на един или повече източници на информация за болничната дейност и с тази цел по-долу са представени най-подходящите за целите на анализа на болничната дейност:

- 1. Данни от счетоводната отчетност** - счетоводен баланс; ОПР; ОПП и други счетоводни източници – доклади на експерт счетоводители за одит, справки и отчети за извършения обем медицински дейности, разходи и себестойност на преминалите болни; печалба по видове дейности, внесени данъци и такси, равнище и динамика на заплатите, калкулация на разходите по структурни звена и др.
- 2. Данни от оперативната отчетност** – ежедневни, седмични, месечни справки за болничната дейност до РЗИ, РЗОК, оперативни отчети и данни, извлечени от медицинската документация (истории на заболяванията, оперативни журналы, изследвания), регистрирани инфекциозни заболявания.
- 3. Данни от статистическата отчетност** – широкообхватната информация за различните направления на дейността на болницата намират израз в прилаганите статистически форми и формуляри. Така могат да се съберат данни за обема, състава и структурата на дейностите, приходите и разходите, човешките ресурси и др. Към тази група източници се отнасят и статистическите годишници с данни за здравеопазването на макроравнище. В тях се публикуват информация за външните фактори, които могат да повлияят върху дейността на болницата. Специализираните публикации по отрасли и дейности са носители на важна и нужна по обем и обхват информация за целите на диагностичния анализ на болницата.
- 4. Планова и нормативна информация** – при извършването на диагностичен анализ следва да се отчитат нормативните актове, които имат отношение към дейността на болницата, както и сключените колективни трудови договори. Към тази група спадат наличните в болницата заповеди, правилници, инструкции, вътрешни наредби, разписани правила, нормативи и стандарти. Разработените

прогнози и планове, направените във връзка с това анализ и обработени данни за изпълнението също попадат в тази група. Особено важни са данните от годишните бизнес планове на болниците, програми за управление, годишни отчети за дейността, стратегически планове, инвестиционни програми, програми за оптимизиране на разходите, оценителни доклади, лицензии, разрешителни, протоколи от контрол, щатно разписание, досиета на персонала, информационни издания и бюлетини, и др.

5. **Техническа информация** – списъци с апаратура, договори с външни фирми, протоколи от профилактиктивен контрол и сервиз на медицинската техника и оборудване, предписания от контролни органи (РЗИ, АЯР, РИОСВ, Районна служба по пожарна и аварийна безопасност), подробни описания и ръководства за експлоатация на апаратура, информационни модули и системи, специфичен софтуер и др.
6. **Специализирани публикации, международни сравнения, научни изследвания** – съществува разнообразие от такива източници, като следва да се ползват след преценка на тяхната достоверност. Тук спадат документи, касаещи държавната политика в областта на здравеопазването, национално здравно законодателство (закони, наредби, нормативи и др.), съсловна и професионална регулация, доклади и отчети на финансиращите и регулиращите органи (МЗ, НЗОК, държавен бюджет и др.), международни сравнения и проучвания,
7. **Брошури на болницата** – информационни, рекламни и др.
8. **Материали в медиите с отзиви за болницата** – напоследък актуален инструмент за проследяване на имиджа на болницата сред обществото са публикациите в медиите, отзивите в социалните мрежи, обсъжданията в специализирани форуми.
9. **Хора** – индивиди и групи хора вътре и извън болницата, висше управление, професионалисти, доброволци, стейкхолдери и др.

**Методите за събиране на информация** за целите на анализа следва да бъдат съобразени с практиката в управлението на българските болници. По-

долу са представени най-популярните от тях с цел улесняване на планирането на анализа:

Анкетно проучване	Преглед на документи
Лично интервю	Презентации
Телефонно интервю	Наблюдения
Групови техники	Извличане от бази данни

**Изборът на подходящ инструмент** ще зависи от:

- Типът на необходимата информация (има ли я готова в наличност?; чувствителна ли е информацията?)
- Наличните ресурси за събиране на данните (време; пари; хора, способни да разработят и ползват инструментите)
- Ценностите и отношението вътре и извън болницата по отношение на методите за събиране на информация.

## **Б. АНАЛИТИЧЕН ЕТАП**

### **Стъпка 3: Провеждане на измерванията и събиране на данните**

Извършва се измерване и агрегиране на данните, които по-късно ще бъдат анализирани.

### **Стъпка 4: Анализиране на данните**

Анализът на информацията може да стане чрез прилагане на различни методите за разкриване на законо-мерности, тенденции и факторни влияния. Най-общо последователността на работа следва да бъде:

**3.1. разкриване и изразяване на общите изменения** на изследваните процеси, явления или показатели за болничната дейност (посока и сила на измененията; установени закономерности)

**3.2. изследване и установяване на количественото влияние** на факторите довели до настъпилите общи изменения (пофакторен анализ). (отчитане влиянието на всеки един от факторите, както и на съвкупното им влияние).

Анализът на събраните данни може да стане с помощта на много и различни методи. В модела е предвидено ползването на най-популярните от тях, които са приложими в болниците:

Метод на сравнението	Сравняване с критерии
Експертни методи	Изследване на операциите
Метод на групировката	Индексен метод
Графичен метод	Матрични методи
Метод на верижните замествания	Регресионен и корелационен анализ
Клъстерен анализ	Интегрален метод за факторен анализ
Метод на критичната точка (Break Even Analysis)	Анализ „разходи-приходи-печалба” (CVP анализ)
Анализ на съотношения (ratio analysis)	Методи за оценка на инвестиционни проекти

## В. ЗАКЛЮЧИТЕЛЕН ЕТАП

### Стъпка 5: Изготвяне на доклад от анализа

Изготвянето на доклада от анализа трябва да съдържа методологията на работа, получените резултати по ключови области, заключения и изводи. Последователността на работа е следната:

- **Избор на формите за обобщаване на информацията и представяне на резултатите от анализа** – таблици, графики, диаграми, текстуално съдържание.
- **Подготовка и представяне на доклада от проведения анализ** (отчет, докладна записка) до органа, който е поръчал анализа – в доклада следва да се съдържа експертната оценка на получените резултати и препоръките за подобряване дейността на болницата.
- **Обсъждане на доклада** от анализа съгласно утвърдената в болницата практика.

**Докладът от проведения анализ** трябва да бъде ясен, точен и да отразява потребностите на неговите читатели. В доклада трябва да присъстват следните елементи:

- Целта на извършената диагностика и методологията на проучването;
- Използвани методи за събиране и за анализиране на данните;
- Ограниченията на процеса; надеждността и валидността на данните;
- Главните данни, анализирани по подходящ начин, въз основа на които са направени заключенията.

По-долу са представени диагностичните карти за анализ на дейността:



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

**1. Ключови въпроси**

**Визия:** Има ли болницата визия за бъдещето? Вдъхновява ли персонала на болницата?

**Мисия:** Дефинирана ли е ясна и точна мисия на болницата? Има ли нужда от корекция? Адекватна ли е на визията на болницата и очакванията на стейкхолдерите?

**Цели:** Разработени ли са цели на управление? Целите произтичат ли от мисията и допринасят ли за нейното изпълнение? Целите ясни и конкретни и измерими ли са? Обхващат ли целите ключовите направления на дейността? Визията, мисията и целите представени ли са пред персонала на болницата? А пред широката общественост?

**Стратегия:** Има ли разработена дългосрочна стратегия за управление на болницата? Тя включва ли анализ на външната микро- и макросреда? Основава ли се на анализ на потенциала на ЛЗ? Кой отговаря за нейното ревизиране и промяна? Тя води ли до постигането на визията, мисията и целите на болницата? Съобразена ли е с приоритетите и целите на стратегическите документи, касаещи болничната помощ и здравеопазването на национално и регионално ниво? Съобразена ли е стратегията с нормативните изисквания на страната – закони, наредби, стандарти, инструкции, указания и др.?

**Стратегически портфейл:** Разработени ли са стратегии по ключови направления на дейността? Водят ли до постигането на целите по съответното направление? Ревизират ли се периодично при промяна на корпоративната стратегия?

**Изпълнение на плановете:** Разработени ли са планове за изпълнение на стратегиите на болницата подробно за всяка година? Задачите в тях водят ли до изпълнението на всички стратегии? Има ли определени отговорници и срокове за изпълнението на всяка задача?

**Контрол на изпълнението:** Кой отговаря за контрол на изпълнението на плановете? Субординирани ли са стратегическия план с бизнес плана и годишния доклад за дейността на болницата? Има ли измерители за изпълнението на всяка цел? Отчита ли се изпълнението на целите и на какъв период от време? Отразява ли се изпълнението на целите, заложи в бизнес плана за съответната година в годишния доклад за дейността на болницата? Има ли критерии за вземане на решение при неизпълнението на дадена цел?



**1. Ключови въпроси (продължение)**

**Управленска компетентност и опит:** Управленският екип притежава ли необходимата по закон квалификация, както и квалификация по здравен мениджмънт? Разполагат ли членовете на екипа с управленски опит? Имат ли допълнителни квалификации в областта на здравното управление, икономика, информационни системи и т.н.? Анализират ли се потребностите от допълнително обучение и квалификация в областта на болничното управление за ръководните екипи от всички нива? Провеждат ли се периодични инициативи, свързани с повишаване на познанията, новостите и развитието на управленската наука (здравния мениджмънт)?

**Управленска структура:** Има ли ясна управленска структура в болницата? Изпълнена ли е нормата на управляемост (не повече от 3 йерархични нива и не повече от 8 подчинени на 1 ръководител)? Организационната структура осигурява ли комуникация на задачите? Има ли ясно определени йерархична субординация, отговорности и взаимодействия на всеки член на екипа?

**Отговорно управление:** Управленският екип спазва ли законите на страната? Има ли установени нарушения и/или постановени санкции от проведени проверки на контролиращи и финансиращи органи? Имат ли „чисто минало“ членовете на екипа? Болницата има ли поведение на „корпоративен гражданин“ – не причинява щети на природата, не нарушава правата на гражданите, подпомага обществени каузи и т.н.?

**Иновационни методи в управлението:** Ръководството прилага ли иновационни методи (EFQM, ISO, Balanced Scorecard и др.), чрез които да се постига по-високо качество на дейността и усъвършенстване на управлението?

**Постижения/ поражения и причините за тях:** прави ли се периодично и колко често ревизия на управлението и резултата от него, изразяващи се в анализ на постиженията, пораженията и причините за тях? Участва ли целият персонал в тази дейност?

**Стил на управление:** Подходящ ли е стилът на управление на болницата? Участва ли персонала в процеса на планиране, изпълнение и контрол на мисията, целите, стратегията и задачите? Предоставя ли се на персонала подробна информация относно взетите нови дългосрочни, краткосрочни и текущи управленски решения?

**2. Показатели за анализ на управлението:**

- Брой разработени стратегии;
- Брой заложи цели;
- Брой постигнати цели;
- Брой и вид показатели за измерване изпълнението на мисията, целите и стратегията на болницата;
- Брой и вид показатели за измерване на целите;
- Брой и вид постигнати показатели;
- Брой и вид постижения;
- Видове дефинирани причини;
- Брой хора, запознати с мисията и целите;
- Брой протоколи от срещи с обсъждания;
- Брой и вид обществени инициативи;
- Брой положителни отзиви в медиите;
- Брой отрицателни отзиви в медиите;
- Брой и вид проведени обучения по здравен мениджмънт;
- Брой и вид лица, включени в обучения по здравен мениджмънт;
- Брой комисии в болницата;
- Брой разработени управленски документи;
- Брой и вид външни проверки;
- Брой и вид вътрешни проверки;
- Брой и вид санкции и глоби;
- Причини за санкциите и глобите;
- Брой квалифицирани специалисти в областта на здравния мениджмънт;
- Вид на придобитата квалификация;
- Вид на придобития опит;
- Вид на потребностите от обучение;
- Брой и вид планирани обучения.

**3. Методи за събиране на информацията**

**Интервю** с представителите на висшето ръководство – членове на Съвета на директорите, Изпълнителен директор/ Управител, заместник директори

**Анкетно проучване** сред ръководния персонал на болницата на средно и ниско управленско ниво.

**Документално проучване** – разнообразни документи, свързани с управлението на болницата

**Data mining** – издирване на информация за болницата в интернет, интранет и медиите

**Фото и видеозаснемане** на събития, официални церемонии и др.

**4. Източници на информация**

**Хора** – висше ръководство на болницата, ръководен персонал на средно и ниско управленско ниво, болничен персонал

**Планови документи** – стратегически план за управление, бизнес планове, годишни доклади за дейността

**Нормативни документи** – заповеди, инструкции, **Медии, интернет/ интранет** – отзиви и публикувана информация за управлението на болницата във форуми, социални мрежи, медии и др.

**Документи** – материали и присъствени списъци от проведени обучения; документи за придобитата квалификация; щатно разписание; материали в медиите и социалните мрежи; протоколи от съвещания; длъжностни и функционални характеристики; трудови и граждански договори; правилник за устройството, дейността и вътрешния ред на болницата; съобщения; презентации от медицински съвет и др.

**Анализът на клиентите** представлява процеса на изследване на най-важния елемент в болничното управление, защото “без клиенти – няма бизнес”. От тяхното решение да купят или да не купят болничните услуги пряко зависят приходите от продажби, а следователно самото съществуване, развитие или провал на болницата. Анализът на клиентите е важно, тъй като те влияят и върху характеристиките на произвежданите услуги. Борбата за всеки клиент се превръща във въпрос от ключово значение, защото болниците, които първи се фокусират върху отделния клиент, анализират поведението му и определят показатели, чрез които да измерват връзките с него, ще получат стратегическо предимство пред конкурентите си. Така стремежът към удовлетворяване на клиентите през последните десетилетия еволюира от „задоволяване” към „очароване” на клиентите. В тази връзка според Waibel и Kärpeli (194) недоволните и разочаровани клиенти често се обръщат към конкурентите и приемат техните оферти. Това води не само до по-ниски продажби, но често и до негативни слухове, пренасяни от „уста на уста”. Емпиричните проучвания показват, че едва 5% от разочарованите клиенти се оплакват, но те споделят техните впечатления с около десет други, от които близо 90% никога не закупуват услугите на цитираната болница. Под „клиент” тук се разбира „онзи, който купува услугите на болницата”.

Преди настъпването на глобалната финансова криза през 2008 г. фирмите традиционно бяха фокусирани върху продажбата на колкото се може повече продукти и услуги, без да се отдава голямо значение на това кой ги купува. В съвременните компании и финансови организации с развита клонова мрежа и голям брой служители често специалистите, работещи в отделите по маркетинг, продажби и обслужване на клиенти рядко или никога не осъществяват директен контакт с клиентите си и нямат ясна представа за техните навици, предпочитания, вкусове и желания. Сега реалността е коренно различна. Икономическата рецесия промени изцяло бизнес климата и темите като анализ на клиентите, оптимизация на разходи и бизнес процеси, по-добро планиране и управление на риска станаха особено актуални (65).



**Диагностичния анализ на клиентите** може да осигури следните ползи за болницата:

- по-добро разбиране за клиентите, техните нужди и мотивите за тяхното поведение, с цел привличане на нови и най-вече високостойностни клиенти и продажба на максимален брой услуги на всеки от тях за продължителен период от време (Customer Behavior Analysis).
- идентифициране и проактивно задържане на клиенти, които възнамеряват да напуснат и изграждане на съответни програми за лоялност. (Customer Retention и Loyalty Management).
- сегментация на клиентите на база анализ на тяхното поведение и насочване на ресурси към тези от тях с висока бъдеща стойност (Customer Value Management).
- подобряване на цялостното управление на практиката с клиентите (Customer Experience Management).

### 1. Ключови въпроси

**Идентифициране:** Идентифицирани ли са клиентите на болницата? Кои са „институционалните“ клиенти (РЗОК, МЗ, ДЗОФ, фирми, други ЛЗ и т.н.)? Колко и какви са „частните“ клиенти? Направено ли е позициониране за определяне на ключовите клиенти (клиентите с най-висока настояща и бъдеща стойност за болницата)? Направен ли е профил на всеки ключов клиент, включващ неговите особености и потребности? Профилът включва ли: навици, вкусове, желаня, предпочитания за услуги, условия и обслужване, ценови диапазон, фактори, формиращи поведението им. Потребителското поведение се дефинира като процеси и дейности, които ангажират хората, когато търсят, избират, купуват, използват, оценяват и разполагат с продукти и услуги, които да задоволят техните нужди и желаня. Анализът на поведението на клиентите изследва кога, защо, къде и как клиентите купуват или не купуват продукти и услуги, като взаимства елементи от психологията, социологията, социална психология, антропология и икономика. Чрез различни техники този анализ се опитва да разбере процесът на взимане на решения от клиентите - на отделни индивиди или групи от тях. За целта се проучват характеристиките на индивидуалните потребители: здравно-демографски, социални, културни, психологически, лични, брой, сегмент, стойност, лоялност, здравна култура, начини на търсене на информация, фактори, влияещи върху оценката и решението им за покупка, поведение след покупката, за да се разберат техните желаня. Изучаването на поведението на клиентите е базирано на анализа на покупателното поведение, където клиента играе три роли: на потребител, платец и купувач.

**Мониторирание:** Обслужването на клиентите проследява ли се редовно? Има ли отговорници за отделните ключови клиенти? Какви параметри се следят? Следят ли се промените в характеристиките и потребностите на ключовите клиенти? Проучва ли се периодично удовлетвореността на клиентите от болничните услуги? С какви методи? Взема ли се под внимание мнението на пациентите за подобряване на обслужването? Изградена ли е система за разглеждане на постъпили сигнали в РЗИ, РЗОК, оплаквания, жалби, благодарности? Следят ли се отзивите от клиенти на болницата в медиите и интернет пространството (социални мрежи, форуми, блогове, чатове и др.)?

**Резултати:** Кои параметри се следят във връзка с резултатите за клиента от оказаната болнична помощ? (статус при изписване, леталитет, ВБИ, съвпадение на диагнози, среден престой, некоректна рехоспитализация, реоперации, повторни процедури и манипулации, възникнали усложнения, лекарски грешки, отношение на персонала, възможности за избор, закъснения в ДЛД, злоупотуки, корупционни практики, нарушения на правата на пациентите, заведени съдебни дела) Кой отговаря за събирането на информацията? Каква е динамиката на наблюдаваните показатели?

**Връзки и взаимодействия:** Набелязани ли са канали за контакт с ключовите клиенти? Изградени ли са и какво включват стратегиите за взаимодействие с клиентите (*Customer relationship management*) (обучение на пациентите, съвместни инициативи за честване на събития и празници, дни на отворените врати, безплатни профилактични прегледи, програми за активна работа с пациентите: бонуси за лоялни пациенти, пакети от услуги на преференциални цени, безплатни услуги за лоялни клиенти, отстъпки, персонални послания, оферти и предложения („персонализиран маркетинг“), работа с НПО на пациенти, анкети и интервюта с пациенти, директен контакт и др.) ?

### 2. Ключови показатели

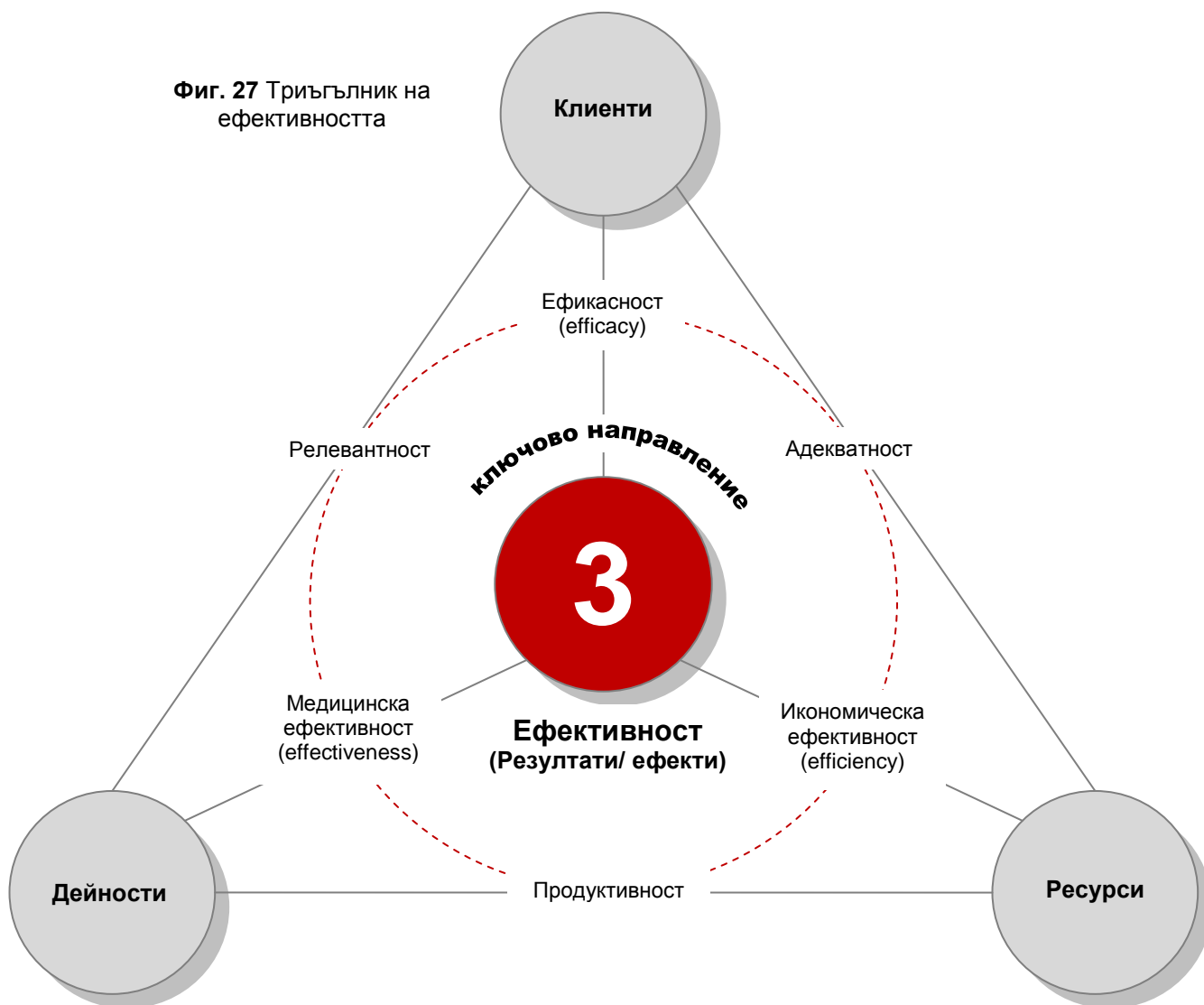
Финансови параметри, като оборот, брой продадени продукти и услуги, процент на печалба, парични потоци, пазарен дял и подобни вече са остарели измерители. Фокусът трябва да се постави върху параметри, измерващи силата на създадените връзки с клиентите, тяхната не само текуща, но и бъдеща стойност за болницата, потенциал, лоялност, степен на удовлетворение, интензитет на връзките и ниво на обслужване. Всички тези параметри представляват част от т.нар. „верига на успеха в управлението на връзките с клиентите“ (Customer Relationship Management Success Chain).

**Анализът на ефективността** представлява процеса на изследване на ключовите резултати и комплексна ефективност на болницата. Управленската гл.т. към ефективността изисква болницата да се разглежда от гл.т. на степента на изпълнение на целите. Този подход е необходим поради факта, че в дългосрочен аспект болничното управление е насочено към изграждането на ефективна, гъвкава и адаптивна към промените във външната среда болница. Под ключови резултати се разбират онези резултати, които в максимална степен отговарят на целите на болницата. Оценяването и управлението на ефективността в здравеопазването има комплексен характер и различни страни, най-често обобщавани като медицинска, финансова и социална ефективност.

**1. Ключови въпроси**

- 1.1. Постигнати ли са целите на болницата? (доволни стейкхолдери, очаровани клиенти, отлични процеси, мотивирани служители и т.н.). *Реакцията* на потребителите и останалите заинтересовани групи от обкръжението на болницата и *въздействията* (outcomes), които представляват индивидуалните и социални подобрения и решенията здравни, социални и други проблеми, са определящи за това дали и как ЛЗ постига крайните си цели.
- 1.2. Лечебното заведение постига ли комплексна ефективност - икономическа ефективност (efficiency), медицинска ефективност (effectiveness), ефикасност (efficacy), адекватност, продуктивност, релевантност.

Фиг. 27 Триъгълник на ефективността



Източник: Болничен мениджмънт, под ред. на Л.Иванов, Ж.Големанова, НЦОЗ, 2005, с.81-82 (адаптирано по (109) Eggli Y., Halfon P. A conceptual framework for hospital quality management, International Journal of Health Care Quality Assurance 16/1,2003, p. 29-36)

**Релевантност** – болницата лекува и подобрява здравето на пациентите, което отговаря на нейната мисия.

**Продуктивност** – болницата произвежда определен вид и брой болнични услуги.

**Адекватност** – болницата предоставя здравни продукти, чиито разходи са съобразени с търсенето и здравните потребности.

**Ефикасност** – представлява връзката между пациентите и резултатите/ ефекта от болничното обслужване.

**Медицинска ефективност** – представлява връзката между болничните дейности и крайния резултат/ ефект.

**Икономическа ефективност** – представлява връзката между вложените ресурси и постигнатия краен резултат/ ефект.

## 2. Ключови показатели

**Статус при изписване** – оздравели, с подобрение, без промяна, с влошаване (в брой, в %, в сравнение с предходна година, с други ЛЗ)

**Преждевременна болнична смъртност** (общо, по звена, по нозология, по причина за смъртта, по възраст, в сравнение с други ЛЗ, с предходна година)

**Некоректна рехоспитализация** (общо за болницата, по звена, цикличност в рамките на годината, по причина/ нозологична единица, време до рехоспитализацията)

**Съвпадение на диагнози** – съвпадение на приемна с окончателна диагноза, на клиничната с патологоантомична диагноза.

**Процент регистрирани ВБИ** (общ брой, в %, по звена, оперативни, постоперативни, по локализация, по причинител, при болни на антибиотик)

**Използваемост: използваемост на работното време** – часова натовареност на лекарите (отработени часове общо за ЛЗ, по звена), средно месечно натоварване на 1 лекар, на 1 медицинска сестра, средно годишно натоварване на 1 лекар, организация на работните графици, отсъствие от работа (отпуски, болнични и др.) (общо за болницата, по звена, по видове персонал); **Използваемост на персонала** (натовареност) – брой легла и брой преминали пациенти на 1 лекар, на 1 мед.сестра (общо; по болнични структури; по групи персонал (хабилитирани, нехабилитирани); по трудов стаж; по възраст; и др.); брой операции, изследвания, манипулации, процедури, прегледи, аборти, раждания, консултации и други на 1 лекар, на 1 медицинска сестра и друг медицински персонал, участващ пряко в медицинската дейност; **Използваемост на легловата база** – използваемост на леглата (в дни и в %) (общо; по болнични структури; в сравнение със средната за страната, за региона, за вида болница, с норма на използваемост); Използваемост на апаратурата – натовареност на апаратурата в часове, ефективност на апаратните процедури, ефикасност на процедурите; **Използваемост на сградния фонд** и помещения – натовареност на операционни зали (брой операции на 1 операционна зала – общо и по вид на операциите), на лабораториите (брой изследвания на 1 лаборатория), на клиничната база, на интензивните отделения, на реанимация, на други сгради и помещения; Използваемост – анализ на тенденциите и причини за измененията (цикличност, ендемична заболяемост, рискови фактори и др.). Важно! Използваемостта на легловия фонд трябва да е по-ниска от 70 на сто.

**Оборот на леглата** (общо за болницата, по звена, по нозология, в сравнение с други болници, с предходна година)

**Осигуреност:** с персонал (лекари, медицински сестри, лаборанти, кинезитерапевти, рехабилитатори и др.), съотношение между лекари и медицински сестри (общо за болницата, по звена, по медицински стандарти), между административен и медицински персонал; с апаратура (общо за болницата, по звена, по медицински стандарти, по година на производство, по уникалност, по вид дейност – за профилактика, за лечение, за физиотерапия, за рехабилитация); с помещения и сгради.

**Брой болнични услуги, свързани с основната дейност на болницата** (в унисон с мисията на ЛЗ и неговия профил) – терапевтични, педиатрични, оперативни, педиатрични, родилна помощ, извършени хемодиализни процедури, транспорт по медицински показания и др.; разнообразие – брой различни видове предлагани медицински услуги, предлагани в болницата; брой и вид на уникалните услуги.



**Удължено време за чакане:** в спешен център (според оценката на риска); за регистрацията на регистратура; за приемане в клиничен стационар (вкл. листа на чакащите); за извършване на диагностична процедура; за извършване на лечебна процедура; за извършване на физиотерапевтична процедура; за извършване на рехабилитационна процедура; за издаване на медицински документ; за заплащане на медицинска услуга.

**Стойност:** на 1 леглоден, на 1 лекарстводен, на 1 храноден, на 1 легло, на 1 ден за медицински консумативи, на 1 човек от персонала, стойност на разходите за персонала и осигуровките за леглоден (в сравнение с предходна година, общо за болницата, по звена)

**Среден разход:**

среден разход на процедура

среден разход на хомогенна група пациенти

среден разход на 1 преминал болен (по КП, по договор с МЗ, общо за болницата, по звена, в сравнение с предходна година)

**Показатели на 1 преминал болен:**

Приход на 1 преминал болен

Разход на 1 преминал болен

Печалба/ загуба на 1 преминал болен (в сравнение с предходна година, по звена, по фактически разходи, прогноза)

**Задлъжнялост** – наличие на просрочени задължения, в % спрямо общите разходи за дейността, към доставчици по видове (за медикаменти, медицински изделия и консумативи, топлоенергия, на електрическа енергия, храна за болните, материали, ДМА, други доставчици)

**Удовлетвореност** на пациентите, персонала, партньорите и други стейкхолдери

**3. Методи за събиране на информацията**

**Интервю** с представителите на стейкхолдерите

**Анкетно проучване** сред пациенти и персонал на болницата

**Документално проучване** – разнообразни документи, свързани с управлението на болницата

**Data mining** – издирване на информация за болницата в интернет, интранет и медиите

**Хронометриране** – измерване на време за приемане в стационара, време за извършване на процедура, време за чакане на опашка пред регистратура, образна диагностика, лаборатория и др.

**4. Източници на информация**

**Хора** – стейкхолдери, пациенти, болничен персонал

**Планови документи** – бизнес планове, годишни доклади за дейността, финансови отчети

**Медии, интернет/ интранет** – отзиви и публикувана информация за управлението на болницата във форуми, социални мрежи, медии и др.

**Документи** – статистически справки и отчети, история на заболяването, ежедневни листи, карта за напуснал стационар, направления за хоспитализация, протоколи от аутопсия, щатно разписание, журнали и протоколи за регистрация на ВБИ, информационни и рекламни материали за болницата, презентации за медицински съвет, анкетни проучвания, амортизационни списъци, инвентарни описи, архитектурни планове и скици, списъци с апаратура и оборудване, техническа документация, графици на персонала, общоболнични графици, работно време и др.

Медицинската перспектива и клиничната ефикасност са централни въпроси, свързани с ефективността в здравеопазването. Те се изразяват във връзката между медицинските дейности и клиничния резултат, т.е. касаят технологичните процеси (здравните технологии). Степента, в която една операция води до постигане на желания резултат (медицински продукт с фиксирани параметри за качество) се определя като ефикасност. Продуктивността (производителност) от друга страна представлява стремежа да се максимизира обема на произвежданите продукти при определено количество вложени производствени фактори. В тази връзка анализът се изразява в количествена оценка на интензивността на прилаганите усилия или капацитета на болницата (способността за производително използване на факторите). Дава се отговор на ключовите въпроси: какво сме направили, какви дейности сме извършили – прегледи, изследвания, стационарно лечение, обучения и др. и зависи от техническите и организационни условия.

### 1. Ключови въпроси

Какъв е обема на медицинската дейност в ЛЗ (преминали болни по възраст, нозологична единица и клас по МКБ, местоживеене, по клиники и отделения, по вид финансиране, по националност, по насочващо ЛЗ)? Какви са тенденциите и измененията? Какви са причините за промените в болничната дейност? Кои са основните направления на медицинската дейност и какво е осигуреното разнообразие от болнични продукти? (стационарна и амбулаторна медицинска дейност, планова и спешна помощ, видове диагностични, лечебни и профилактични процедури, родилна помощ, аборти, трансплантации, патолого-анатомична дейност, консултации и др.)? Каква е използваемостта на потенциала (използваемост на леглата, натовареност на медицинската апаратура, на операционните зали, на персонала)? Каква е интензивността на дейността (оперативна активност, оборот на леглата, среден престой, спешен прием)? Каква е ефективността на медицинската дейност (статус при изписване, намален среден престой, съвпадение на диагнози, некоректни рехоспитализации, леталитет, ниво на регистрация на ВБИ, време за чакане, удовлетвореност на пациентите)





**2. Ключови показатели**

**Брой легла (общо за болницата, по клиники и отделения, в сравнение с предходни години, както и в сравнение с други ЛЗ):** по вид на леглата - класически стационар, хирургични, интензивни, реанимационни, дневен стационар, за спешен прием, в изолатор, за остри състояния и др.; фактически брой и брой по структура.

**Преминали болни (общо за болницата, по клиники и отделения, в сравнение с предходни години, както и в сравнение с други ЛЗ, в сравнение с планираните стойности):** по пол; по възраст; по местоживееене; по националност; по договор с РЗОК; по договор с МЗ; по договор с общината; по договор с ДЗОФ; по друг вид договор за финансиране; срещу директно заплащане; неосигурени; по нозологични единици и класове болести от МКБ; по насочващо ЛЗ; по спешност и планоно; в ДКБ; през СТМ (за физически и юридически лица); по видове дейности (лабораторна диагностика, образна диагностика, функционална диагностика, ТЕЛК, хипербарна оксигенация, хемодиализа, лъчелечение, химиотерапия, и т.н.); за раждане, аборт, цезарово сечение; брой живородени, брой недоносени деца, деца с вродени малформации; насочени от ОПЛ, от ДКЦ, от МЦ, от други болници, от ЦСМП, по собствен избор на пациента; преминали амбулаторно (по кабинети в ДКБ).

**Починали (общо за болницата, по клиники и отделения, в сравнение с предходни години, както и в сравнение с други ЛЗ):** брой, по възраст, по пол, по местоживееене, по нозологична единица, по причини за смъртта.

**Обем извършени процедури, манипулации, операции и други медицински услуги (общо за болницата, по клиники и отделения, в сравнение с предходни години, както и в сравнение с други ЛЗ, в сравнение с планираните стойности):**

стационарна и амбулаторна медицинска дейност; планова и спешна помощ; видове диагностични, лечебни и профилактични процедури (хемодиализа, химиотерапия, лъчелечение, родилна помощ, аборти, трансплантации, патолого-анатомична дейност), брой консултации (на пациенти в други болници, от специалисти от други болници) и др.

**Среден престой (общо за болницата, по клиники и отделения, в сравнение с предходни години, както и в сравнение с други ЛЗ):** общо, по възраст, по нозологична единица, по диагнози и структури, оперативен, предоперативен и следоперативен.

**Леглодни (общо за болницата, по клиники и отделения, в сравнение с предходни години, както и в сравнение с други ЛЗ):** общ брой, по различните договори за финансиране.

**Оперативна активност (общо за болницата, по клиники и отделения, в сравнение с предходни години, както и в сравнение с други ЛЗ):** в %, като брой операции (малки, средни, големи и много големи), (класически и ендоскопски), (по хирургични звена), среден брой операции на 1 лекар хирург, брой оперирани, среден брой операции на 1 пациент, реоперации, усложнения, анестезии, по класове болести, по спешност.

**Цели (ефективност, резултати) –** ключовия въпрос е: какво е станало в резултат на извършената дейност (предприетите действия), реалното въздействие и какви са реакциите на стейкхолдерите. Въздействията представляват фактическите подобрения в здравето, начина на живот, решени здравни проблеми, решени социални проблеми и др.

**3. Методи за събиране на информацията**

**Документално проучване –** разнообразни документи, свързани с медицинската дейност в болницата.

**4. Източници на информация**

**Планови документи –** бизнес планове, годишни доклади за дейността и др.

**Отчетни документи –** статистически справки и отчети, история на заболяването, ежедневни листи, карта за напуснал стационара, направления за хоспитализация, протоколи от аутопсия, диализни листи, оперативни протоколи, оперативни журнали, финансови отчети и др.

**Финансовата перспектива** в анализа на болницата показва какво е нивото на финансовия мениджмънт. Това е базата, на която ръководството взема решения, разпределя ресурсите и създава доверие сред стейкхолдерите. За да оцелее болницата е необходимо входящите финансови потоци да са повече от изходящите финансови потоци. В тази връзка финансовата жизнеспособност на болницата се определя от няколко фактора – разнообразие от източници на финансиране, положителен финансов поток и наличие на финансов излишек. Финансовият мениджмънт включва финансово планиране, счетоводство и отчетност. **Финансовото планиране** дава възможност на болницата на база бъдещите приходи и налични средства да обезпечи и оптимизира оперативните разходи по направления, да предвиди средства за капиталови разходи и предстоящи инвестиции в нови направления на дейността. **Счетоводството** е система за регистрация на счетоводната информация, която следи за вида и начина на отчитане и разходване на финансовите средства, спазването на нормативните актове за отчитане и контрол, както и на данъчното и осигурително законодателство. Осигурява систематизирани данни по различни аналитични признаци, необходими на вътрешните и външни потребители на информацията. **Отговорност за финансовите отчети** носи съставителят на финансовия отчет (главният счетоводител) и изпълнителният директор, при спазване на Закона за счетоводството и приложимите счетоводни стандарти. **Управленското счетоводство** е част от системата за управление на болницата. Обусловено е от вътрешните правила и необходимостта от информация за управлението. То включва извършването на задълбочен анализ на икономическите показатели в съчетание с медицинските и други показатели, имащи отношение към вземането на

**1. Ключови въпроси:**

Болницата разполага ли с разнообразни източници на финансиране, осигуряващи устойчиво финансиране в дългосрочен план? Има ли болницата „положително салдо“ – повече активи, печалба, излишъци? Болницата има ли адекватно финансово и бюджетно планиране и контрол? Членовете на ръководството участват ли във финансовия мениджмънт? Системата за финансова отчетност може ли да предостави актуална финансова информация по всяко време? Системата за финансова отчетност адекватна ли е на болничната дейност? Има ли адекватно ценообразуване? Болницата провежда ли активна инвестиционна политика? Следят ли се икономическите показатели и финансови коефициенти? Управлят ли се разумно просрочените плащания и задължения?



## 2. Ключови показатели:

Ключовите показатели за анализ на финансовата перспектива на болничната дейност следва да се проследят в статика и динамика, както и в сравнение с планираните стойности:

- **източници на финансиране:** вид на източника, вид финансирана дейност от източника;
- **капитал:** собствен капитал, брой акции, приход на 1 акция;
- **приходи:** общо, по структури, по видове източници, на 1 лекар, на 1 лице от персонала;
- **разходи:** общо, по структури, по икономически елементи; Важно! Размерът на разходите за лекарства и медицински консумативи не бива да превишава 35 на сто от общите разходи за дейността;
- **печалба:** общо, по структури, на 1 лице от персонала, на дъщерните дружества;
- **счетоводни коефициенти:** показатели за ефективност, за финансова стабилност, за рентабилност, за платежоспособност, за ликвидност, за обръщаемост, за възвращаемост на капитала. Важно! Отношението на приходите към разходите за дейността (коефициент на ефективност на разходите) да не е по-малък от 0,98. Важно! Отношението на паричните средства към краткосрочните задължения (коефициент на абсолютна ликвидност) да не е по-малък от единица;
- **задължнялост:** размер на просрочените задължения, в % от общите разходи за дейността, по вид, по доставчици, причини. Важно! Наличие на просрочени задължения към доставчици към 31 Декември на отчетната година, не бива да превишава 0,1 на сто от общите разходи за дейността на финансовата година;
- **инвестиции:** общ размер, по болнични структури, по вид на инвестициите;
- **излишек от парични средства:** общо (за използване в случай на "тежки времена");
- **времметраене на един оборот в дни:** представлява отношението на средната годишна наличност от материалните запаси, включително запаси от медикаменти и горива, към приходите от основна дейност. Важно! Показателят не бива да е увеличен с повече от 5 на сто в сравнение с предходната година;
- **бюджетни планове:** адекватни, навременни, актуализират се при нова финансова информация;
- **компетентност:** налице са квалифицирани човешки ресурси за добро финансово планиране, водене на финансово-счетоводната отчетност и изготвяне на отчетната документация; специалистите във финансовия отдел и в съвета на директорите са компетентни в интерпретирането на финансовата информация;
- **актуална финансова информация:** може да се предостави по всяко време (с различни разрези по отношение на приходите, разходите, печалбата, източниците на финансиране, задължнялост, инвестиции, активи, пасиви, парични средства, материални запаси, себестойност и издръжка, глоби, цени и др.);
- **одит:** резултатът от проведения одит се изразява в положителни бележки и заключения;
- **финансови отчети:** официалните финансовите отчети се преглеждат периодично от съвета на директорите, изпълнителния директор и главния счетоводител; отчетите се представят на ръководството, съвета на директорите и собствениците на всеки 3-месеца;
- **планиране:** Финансовата информация е залегнала в изготвянето на стратегическия план и годишните бизнес планове;
- **финансово-счетоводна система:** съответства на съвременните изисквания на счетоводните стандарти; адекватна е на болничната дейност.

## 3. Методи за събиране на информацията

**Интервю** с представителите на висшето ръководство – членове на Съвета на директорите, Изпълнителен директор/ Управител, заместник директори, главен счетоводител, икономически директор

**Документално проучване** – разнообразни отчети, счетоводна документация, свързани с финансовото управление на болницата

## 4. Източници на информация

**Хора** – болничен персонал

**Планови документи** – стратегически план за управление, бизнес планове, годишни доклади за дейността

**Документи** – щатно разписание; протоколи от съвещания; атестационни карти; съобщения; презентации от медицински съвет; доклади на ръководителите на болнични звена до ръководството; анкетни карти и др.

Човешките ресурси са крайъгълен камък в управлението на всяка болница и са решаващия фактор за успеха на организацията. В тази връзка диагностичния анализ на служителите е важен елемент от цялостната диагностика на болницата, тъй като те представляват най-ценния ресурс. Болниците съсредоточават множество разнообразни висококвалифицирани специалисти, които не само „струват скъпо“ на болничните ръководства, но чрез своя интелект и усилия привеждат в „движение“ другите фактори на производството. Планът за управление на човешките ресурси следва да произтича от мисията, целите и стратегиите на болницата, да е съобразен с постигането на заложената в годишния бизнес план работна програма и да способства за постигането на максимално висока ефективност при висока удовлетвореност от труда. Провеждането на организационната теория в управленската практика изисква познания, планиране, организация, ресурси, мотивация и контрол.

**1. Ключови въпроси**

**Планират** ли се рационално човешките ресурси? Как се извършва набора и подбора на нови служители? От какви специалисти има нужда болницата?  
 Каква е **осигуреността** с човешки ресурси (staffing)? Динамични изменения, причини и прогнози?  
 Какви форми за **квалификация и развитие** (developing) на персонала се прилагат? Има ли необходимост от провеждане на нови обучения, за кого и какви да бъдат програмите за обучение?  
 Функционира ли система за **атестация**? Въведени ли са **мотивационни механизми** (appraising and rewarding)? Адекватна ли е системата за формиране на възнаграждения?  
 Поддържат ли се ефективни **връзки с персонала** (human-resource relations)? Какво е необходимо да се направи, за да се постигнат ефективни взаимоотношения сред персонала?  
 Какво е нивото на **удовлетвореност** на служителите? Необходими ли са някакви промени във вътрешната среда и климат и какви?



## 2. Ключови показатели

### **Набор и подбор (общо за болницата):**

Разработен алгоритъм за набор и подбор (по категории длъжности)  
 Определени критерии и използвани методи за подбор  
 Брой новоназначени през текущата година (общо, по звена, в сравнение с предходни години)

### **Брой персонал (общо, по звена, в сравнение с предходни години):**

Брой персонал като физически лица, брой заети по щат, незаети длъжности по щат, новоразкрити длъжности, съкратени длъжности, съкратени физически лица, и др.

**Структура (общо, по звена, в сравнение с предходни години):** по пол, по възраст, по вид договор (трудов и граждански, за управление и за контрол и др.), по болнична структура, по образование, по квалификация, по щатни длъжности, по I, II, III специалност, по научна степен и звание,

**Квалификация и развитие:** текущо обучение за придобиване бакалавърска или магистърска степен, придобита бакалавърска или магистърска степен, зачисляване на докторантура (редовна, свободна), защитена дисертация, брой публикации, СДО (брой посетени курсове, брой лица, посетили курсове, брой придобити свидетелства за професионална квалификация; в България и в чужбина; краткосрочни курсове за СДО – езикови, компютърни и др.; дългосрочни - зачисляване на специалност, придобита специалност); брой колегиуми (вкл. общоболнични клинично-лабораторни, клинично-рентгенологични, клинично-фармакологични и др.); брой обучения в други ЛЗ; брой участия в конгреси, конференции, семинари, кръгли маси и др.; изнесени лекции в болницата от външни лектори; обучение на персонала в други лечебни заведения; членство в професионални асоциации.

**Атестация (общо, по звена, в сравнение с предходни години):** система за атестация (методика); атестационни карти; проведени атестационни процедури, период на атестация, атестационни оценки

**Възнаграждения (общо, по звена, в сравнение с предходни години):** средна работна заплата (СРЗ), СРЗ по категории персонал, звена, длъжности, минимална и максимална заплата, допълнителни възнаграждения, методика за формиране (обвързване на заплащането с резултатите от дейността на болницата или звеното; бонусна система).

**Мотивационни стимули** – комфортна, ергономична и безаопасна работна среда, застраховки срещу професионален риск, организирано хранене, транспорт, търговско обслужване, ползване на спортни комплекси, почивни бази (безплатно или на преференциални цени), преференциално кредитиране, ведомствени жилища, паркоместа, клубове, библиотеки, улесняване приема на децата на служителите в детски градини и др.

**Връзки с персонала** – въвличане на персонала в управлението, периодично информироване за новостите, проблемите и решенията на ръководството, вътрешни комуникации, организиране на социални мероприятия, допитване до персонала за мнение при решаване на важни въпроси, организиране дискуссионни групи, обсъждания и др.

**Удовлетвореност на служителите (общо, по звена, в сравнение с предходни години):** периодичност на проучването, метод за проучване, резултати от проучването, последващи мерки и реакция на резултатите от проучването; текучество на кадрите; организационен климат.

## 3. Методи за събиране на информацията

**Интервю** с представителите на висшето ръководство – членове на Съвета на директорите, Изпълнителен директор/Управител, заместник директори

**Анкетно проучване** сред персонала на болницата

**Документално проучване** – разнообразни документи, свързани с управлението на човешките ресурси на болницата

**Фото и видео заснемане** на събития, социални мероприятия и др.

## 4. Източници на информация

**Хора** – болничен персонал

**Планови документи** – стратегически план за управление, бизнес планове, годишни доклади за дейността

**Нормативни документи** – заповеди, инструкции  
**Медии, интернет/ интранет** – отзиви и публикувана информация за управлението на болницата във форуми, социални мрежи, медии и др.

**Документи** – щатно разписание; протоколи от съвещания; атестационни карти; съобщения; презентации от медицински съвет; доклади на ръководителите на болнични звена до ръководството; анкетни карти и др.

Капацитетът на лечебното заведение е съвкупността от сгради, апаратура и оборудване, компютърни технологии, консумативи, материали и други, чрез които се реализира дейността на болницата. Това са най-скъпите и бързо развиващи се ресурси в болниците, което води до все по-нарастващия дял на разходите за болнично здравеопазване в световен мащаб. Скъпяващият се болничен престой и застаряващото население водят до интензифициране на болничните грижи, което изисква непрекъснат процес на технологични иновации и въвеждане на нови диагностични и лечебни средства. От особена важност при анализа са въпроси като обезпеченост и икономичност. Под икономичност се разбира връзката между входящите фактори, необходими за дейността и направените разходи за тях, т.е. рационализирането (минимизиране) на разходите. Анализът на тези въпроси представлява оценяване на потенциала на болницата и дава ориентир какви фактори (сграден фонд, инфраструктура, медицинска апаратура и оборудване, информационна система, материали и др.) са необходими за извършването на медицинската дейност.

**1. Ключови въпроси**

**Материална база:** Осигурява ли нормално осъществяване на ежедневната медицинска практика и други дейности в болницата? Къде са необходими подобрения? Използва ли се рационално?

**Медицински технологии:** С какви технологии разполага болницата? Адекватни ли са те на дейността и на стратегията за развитие? Съвременни ли са? Уникални ли са? Икономични и ефективни ли са? Използват ли се рационално? Има ли нужда от закупуване на нови и в какви направления?

**Инфраструктура:** Осигуреността, адекватността, изправността на инсталациите, информационната инфраструктура, комуникационни връзки и другите допълнителни условия отговарят ли на дейността на болницата? Има ли нужда от промени?

**Транспорт:** Осигуреността, адекватността, изправността и организацията на транспорта съответстват ли на дейността на болницата? Има ли нужда от подобрения?

**Болнична информационна система (БИС):** Отразява ли БИС всички аспекти на дейността, подпомага ли ежедневната оперативна дейност и вземането на решения за управлението на болницата на всички нива? Има ли нужда от доразвиване или промяна? Какво е мнението на потребителите? Има ли нужда от допълнително обучение на разботещите с информационната система и в какви аспекти?





## 2. Ключови показатели

**Материална база:** Показателите за оценка на ключовите въпроси, свързани с материалната база на болницата трябва да бъдат разработени така, че да отразяват следните аспекти:

- Осигуреност с болнични сгради (собственост, вид, обща и застроена площ);
- Използваемост на сградите и помещенията (вид, брой);
- Функционално разположение и връзки между тях (брой и вид болнични структури);
- Съответствие с хигиенните изисквания;
- Амортизация на материалната база (година на застрояване);
- Безопасност за пациенти и персонал;
- Комфортни ли са за пациентите и персонала;
- Модерни и атрактивни ли са за посетителите;
- Изменения и потребности от модернизация, основен или текущ ремонт.

**Медицински технологии:** Показателите за оценка на ключовите въпроси, свързани с медицинските технологии в болницата трябва да бъдат разработени така, че да отразяват следните аспекти:

- Осигуреност с медицински технологии - апаратура, оборудване, инструментариум и др.;
- Иновативност на медицинските технологии – съвременност, уникалност;
- Използваемост на медицински технологии;
- Профилактика, поддръжка и ремонт;
- Безопасност за пациенти и персонал;
- Икономичност и ефективност;
- Изменения и потребности;
- Амортизация и брак.

**Инфраструктура:** Показателите за оценка на ключовите въпроси, свързани с инфраструктурата в болницата трябва да бъдат разработени така, че да отразяват следните аспекти:

- Състояние на болничната инфраструктура – вкл. инсталации (ВИК, електрически, отоплителни, за медицински газове, сигнално-предупредителни, за бързо известяване между пациенти и медицински персонал и др.), информационна инфраструктура, телефонни връзки, асансьори, паркинги, озеленяване, допълнителни условия (магазини, банкомати, заведения за хранене, книжарници, ксерокс услуги, офиси и др.)
- Адекватност на дейността на болницата;
- Иновативност и комфорт на ползване от пациенти и персонал;
- Съответствие с хигиенните изисквания и амортизация;
- Изправност и безопасност за пациенти и персонал;
- Изменения и потребности.

**Транспорт:** Показателите за оценка на ключовите въпроси, свързани с транспорта трябва да бъдат разработени така, че да отразяват следните аспекти:

- Осигуреност с транспортни средства (общ брой, вид, в движение);
- Организацията на транспорта – натовареност и използваемост (транспорт на пациенти, служители, храна, болнично бельо, инструментариум, кръв, биологични материали и др.)
- Съответствие с техническите изисквания, профилактика, поддръжка и ремонт;
- Амортизация, безопасност и комфорт за пациенти и персонал;
- Икономичност и ефективност;
- Модерни и атрактивни ли са;
- Изменения и потребности.

**Болнична информационна система (БИС):** Показателите за оценка на ключовите въпроси, свързани с БИС трябва да бъдат разработени така, че да отразяват следните аспекти:

- Адекватност - използван софтуер, обхванати дейности, видове модули, видове справки
- Капацитет – вид и брой работни станции, вид и брой потребители, сървъри, други устройства, вид, скорост и обхват на мрежата
- Защита на данните – нива на достъп за различните потребители, софтуерна и хардуерна защита
- Обучение – ниво на познания на потребителите за работа със системата, потребности
- Интранет/ Интернет – наличие на връзка между БИС и интернет, интранет приложение
- Удовлетвореност – на потребителите, на ръководството, на външни институции от системата
- Поддръжка и развитие на системата – самостоятелно, по договор с външна фирма, комбинирано

Вътрешните процеси в болницата са свързващите елементи между дългосрочните и краткосрочни планове, ресурсите и дейностите, като процесите са толкова разнообразни, колкото разнообразна е болничната дейност. До голяма степен начинът, по който протичат и са организирани процесите в лечебното заведение, определя ефективността на дейността на болницата. Управлението на процесите става чрез съвкупност от политики, процедури, заповеди, системи за докладване, софтуер и др. Тяхното разработване е задължение на ръководството, което трябва да ги внедрява, контролира и инициира корективни действия с цел опазване активите на организацията и използване на ресурсите по целесъобразен начин и с грижата на добър стопанин. При анализа на вътрешните процеси се проверява на практика дали стъпките, сроковете, заповедите и форматите на докладване се спазват и дали ресурсите на организацията се използват целесъобразно и се опазват с грижата на добър стопанин от ръководството и оперативните служители.

**1. Ключови въпроси**

**Организация на болничните процеси, свързани с основната дейност:** правилно ли е организирана дейността в болницата? Има ли отклонения? Има ли нужда от подобрения?

**Управление на качеството:** въведена ли е система за управление на качеството в болницата? Проследява ли се периодично нивото на качество? Има ли отклонения от заложените цели по качеството?

**Вътрешен контрол:** Извършва ли се вътрешен контрол? Какво обхваща той и каква е методиката на извършването му? Има ли документална регистрация на процесите? Установени ли са отклонения от установеното законодателство и вътреболнични правила?

**Риск мениджмънт:** отделя ли се внимание на рисковете в ежедневната болнична практика? Има ли изградена система за управление на риска? Има ли отклонения и проблеми? Има ли нужда от подобрение?





**2. Ключови показатели:**

Показателите за анализ на вътрешните процеси следва да бъдат разработени в унисон с отделните аспекти, изброени по-долу:

**Организация на болничните процеси, свързани с основната дейност (общо за болницата, по структури):** установен ли е ред за осигуряване на навременна и последователна организация на диагностичните процеси, на лечебната дейност, на физиотерапията, рехабилитацията и другите болнични дейности, свързани с пациента; установен ли е ред за осигуряване на адекватност, законосъобразност и последователност на управленските и административни процеси; установен ли е ред за регулярно и навременно снабдяване с консумативи, материали, лекарства и др.; установен ли е ред за осъществяване на вътрешни комуникации; установени ли са нарушения и отклонения; има ли потребности от подобрения и в какъв аспект.

**Управление на качеството:** Проведена ли е успешна акредитация на болницата (институционална, на медицинската и учебната дейност); спазват ли се националните медицински стандарти; въведена ли е програма за управление на качеството (собствена или външна – ISO, EFQM и др.) и дали се спазва; присъдени награди, сертификати и отличия за качество, за болнично управление и др.; разработени и внедрени ли са алгоритми за диагностични и лечебни дейности и процедури, протоколи и технически фишове за сестрински грижи, манипулации и процедури; учредени ли са централна и локални комисии по управление на качеството; резултати от проучвания на качеството в болницата; установени ли са нарушения и отклонения; има ли потребности от подобрения и в какъв аспект.

**Вътрешен контрол:** Наличие на система за вътрешен контрол в болницата; периодичност на проверките; теми, които засягат вътрешния контрол; отговорници; документиране на ключовите процеси – коректност, синхрон и последователност в документооборота, използваните бланки за документи, заявки, изпълнение на вътрешните правила, съблюдаване на поетите от организацията договорни задължения, спазване на приложимото законодателство, спазване на процедурите за упълномощаване и одобрение, за разпределението на отговорностите, процедурите за съгласуване и потвърждения, проверка на операции, процедури и дейности. Има ли план за наблюдение и контрол; разработени и внедрени ли са бланки за провеждане на вътрешен контрол, в които да се отразяват установените причините за възникналото несъответствие, сроковете за отстраняване и възможни коригиращи действия.

**Риск мениджмънт:** Познават ли се рисковете в болницата, как се установяват, кой отговаря за тяхната регистрация и докладване, разглеждат ли се на заседания на ръководството, колко често, има ли последващи корекции, решения и какви.

**3. Методи за събиране на информацията**

**Интервю** с представителите на висшето ръководство, административен и оперативен болничен персонал

**Анкетно проучване** сред персонала на болницата

**Документално проучване** – разнообразни документи, свързани с организацията на процесите в болницата

**Търсене в медиите и интернет** – за отзиви, касаещи проблеми в организацията на работа в болницата, пропуски и отклонения

**Преки наблюдения и измервания** на медицински и административни дейности и процеси

**4. Източници на информация**

**Хора** – болничен персонал

**Планови документи** – стратегически план за управление, бизнес планове, годишни доклади за дейността

**Национални и вътреболнични нормативни документи** – заповеди, инструкции, наредби, закони и т.н.

**Медии, интернет/ интранет** – отзиви и публикувана информация за управлението на болницата във форуми, социални мрежи, медии и др.

**Документи** – протоколи от съвещания; презентации от медицински съвет; доклади до ръководството; анкетни карти и др.

**Обучението и развитието на персонала** осигурява необходимата компетентност, за да се подобри ефективността и ефикасността на работния процес, да се усъвършенстват продуктите или услугите, така че да са по-конкурентноспособни на пазара. Измерването на възвращаемостта на инвестицията е невъзможно – необходими са преди всичко визия, стратегия, експертиза и инструментариум, с който се управлява процеса (33). В какви обучения да се инвестира? Мениджмънтът на болницата трябва да идентифицира къде са най-големите затруднения в дейността и респективно неумения за успешното им решаване от страна на съответните ръководители и служители. Това са и темите за обучение, върху които трябва да се концентрира болницата. Например, ако се наблюдава спад в приходите подходящо е да се проведат обучения по "Умения за общуване с пациентите". Ако мениджърите се затрудняват в ръководството на екипите си, трябва да се проведат обучения по "Мениджърски умения в здравеопазването". Най-важното правило е: *"Спестените пари от обучения на персонала в приоритетни за болницата области, осигуряват бъдещи загуби"* (15). Ориентираното към промените в средата управление изисква изучаване и анализ на системата за обучение и развитие на персонала, тъй като то е и основна предпоставка за създаване на иновации в болницата.

**Иновация** означава нов или усъвършенстван продукт, услуга, технология, система, процес или метод. Иновационният процес е пътя, който преминава една идея от зараждането ѝ до нейното материализиране и комерсиализиране. Продуктовата иновация е въвеждане в производството и на пазара на нов, подобрен или модифициран болничен продукт, с който се отговаря на възникнала или латентна потребност. Технологичните иновации е откриване, усвояване и въвеждане в трансформационния процес (диагностично-лечебния процес) на нов способ или начин на производство на болничните услуги. Продуктовите и технологични иновации, които се срещат много често в медицината, създават нов потенциал на болницата и възможности за разширение или интензифициране на производството на медицински услуги, увеличение на продажбите, ръст на печалбите и постигане на ефективност. В условията на днешните пазари, болниците които не разработват нови продукти и не въвеждат нови технологии са изложени на опасност. Техните традиционни услуги са уязвими от бързо променящите се потребителски вкусове и нови технологии. Най-общата класификация на иновациите включва (41): *Основни иновации* – съвършено нови продукти или технологии, които изискват промени в навиците на потребителите на съществуващите пазари или прехвърляне на други пазари и спечелване на нови клиенти. Включват сериозни инвестиции и риск, съизмерими с възможните печалби и възвращаемост. *Вторични иновации* – подобрени или модифицирани продукти или технологии, при които се добавят някои новости в технологията на производство или характеристики на продукта. Те подобряват продажбите и намаляват разходите. Включват малки инвестиции и малка възвращаемост. *Псевдоиновации* – подобренията в продукта или технологията не променят осезателно функционалните свойства за клиента. *Радикални (революционни) иновации* – отнасят се до съвсем нови, непознати и неподозирани до момента продукти и технологии, които демонстрират латентни потребности или създават нов потребителски стил.



**1. Ключови въпроси**

**Обучение и развитие на персонала:** какво е настоящото състояние на образователното и квалификационно ниво на персонала? Адекватно ли е на развитието на медицинската наука и технологии? Какви са потребностите от обучение и необходимите инвестиции? Разработена ли е и изпълнява ли се стратегия за развитие на персонала на болницата?

**Управление на иновациите:** Има ли болницата потенциал за иновации? Изградени ли са партньорства и мрежи, свързани със създаване на възможности за обучение и иновации? Изградена ли е среда, стимулираща иновациите? Разработена ли е и изпълнява ли се стратегия за управление на иновациите?

**2. Ключови показатели**

**Състояние и динамика на системата за обучение и развитие на персонала (общо за болницата, по звена, по направления на медицината):**

- образователно ниво на персонала (вид образование, придобита образователна степен, защитена дисертация, придобита научна степен);
- квалификационно ниво на персонала (придобита специалност, допълнителни квалификации, стажове, непрекъснато следдипломно обучение под формата на краткосрочни и дългосрочни курсове, участия в конгреси, конференции, симпозиуми, семинари, кръгли маси и др.);
- стратегия за обучение и развитие на персонала (инициатори, отговорници за реализацията ѝ);
- проведени обучения на персонала през последната година (брой включени в обученията, по вид, методи и тема на обучението; във връзка с въвеждането на иновации; на място; на територията на болницата; на територията на други болници чрез обмен на специалисти; в университети и учебни институции);
- средна продължителност на обучението (по категории персонал);
- размер на средствата, изразходвани за обучение на персонала (общо, като % от средствата за работна заплата, в динамика, по категории персонал);
- система за оценка и анализ на ефективността на проведеното обучение;
- анализ на потребностите от обучение и необходимите инвестиции в обучението.

**Управление на иновациите (общо за болницата, по звена, по направления на медицината):**

- брой и вид иновации в болницата (въведена нова диагностична, оперативна, лечебна, рехабилитационна или друга методика, въведена нова апаратура, нов метод на работа, нов метод на организация и управление, нова дейност, нов продукт – софтуерен или друг, нова болнична структура, модернизация на базата)
- ефект от иновациите (разход-полза, разход-ефективност и т.н.)
- заложили цели, свързани с иновациите в стратегията на болницата и тяхното изпълнение
- заложили цели в специфична иновационна стратегия на болницата и тяхното изпълнение
- вземане под внимание и обсъждане на предложения на персонала за въвеждане на иновации
- сключени договори за партньорство, свързано с обучение и развитие на персонала на болницата в други болници в страната и в чужбина във връзка с въвеждането на иновации
- привлечени средства за иновации (вкл. научни изследвания, клинични проучвания, иновативни проекти и др.) – източници, размер, ефект
- спечелени проекти за иновации – брой, вид, източници на финансиране, резултати, ползи, устойчивост, дисеминация
- научна продукция на персонала (брой публикации, брой рационализации, брой патенти и др.)
- популяризиране на иновациите сред персонала, пациентите, стейкхолдерите и обществото; мнение на персонала относно нововъведенията.

**3. Методи за събиране на информацията**

**Интервю** с представителите на висшето ръководство, административен и оперативен болничен персонал

**Анкетно проучване** сред персонала на болницата

**Документално проучване** – разнообразни документи, свързани с организацията на процесите в болницата

**Търсене в медиите и интернет** – за отзиви, касаещи въведените иновации в болницата

**4. Източници на информация**

**Хора** – болничен персонал

**Планови документи** – стратегически план за управление, бизнес планове, годишни доклади за дейността

**Медии, интернет/ интранет** – отзиви и публикувана информация за управлението на болницата във форуми, социални мрежи, медии и др.

**Документи** – дипломи и сертификати от обучения, протоколи от съвещания; презентации от медицински съвет; доклади до ръководството; анкетни карти; проектна документация и др.

Факторите на **външната микросреда** се намират в най-близкото обкръжение на болницата и оказват пряко въздействие върху тях. Тези фактори са:

- **Клиенти** (купувачите на услугите) - клиентите са най-важния фактор с пряко влияние върху болницата (анализът им е представен подробно в диагностична карта N2).
- **Конкуренти** – конкурентите са тези субекти, с които болницата следва да се състезава за привличане на клиенти. Познаването им е от изключително значение за стратегическото управление на болницата. Поради тази причина болницата трябва непрекъснато да наблюдава и да се сравнява (съизмерва) с конкурентите по отношение на предлаганите услуги, цени, канали, промоции и други условия, за да определи своите предимства и недостатъци.
- **Доставчици** – това са субектите, които снабдяват болницата с разнообразни ресурси – капитал, апаратура, оборудване, инструментариум, лекарства, материали, консумативи, енергия и други, при различни условия. Те могат да доставят на болницата и пациенти при съответната вертикална интеграция.
- **Пазар на труда и социални партньори** – от пазара на труда болницата набира своите служители. За стратегическото управление на болницата и нейното устойчиво развитие е необходимо да се привлече съответното количество и качество човешки ресурс. Поради тази причина е важно да се следят промените и тенденциите в състава, структурата, цената, квалификацията и мобилността на работната ръка. Социалните партньори включват медиите и синдикатите и могат да имат различна сила на влияние. Там, където има висока степен на синдикализъм и влиятелни синдикати е наложително създаването и поддържането на коректно и ефективно социално партньорство, за да се избегнат или разрешат по мирен начин трудовите конфликти и да не се допускат стачки.



Легенд

————— Фактори с директно влияние

----- Фактори с индиректно влияние

### 1. Ключови въпроси

**Конкуренция:** Кои са главните конкуренти на болницата? Какви са техните характеристики? Какви са техните цели и стратегии? Какви са моделите на реакция на конкурентите? Какви са техните силни и слаби страни? Кои са конкурентните предимства на болницата?

**Доставчици:** Кои са доставчиците на болницата? Изгодни ли са условията, при които снабдяват болницата? Има ли нужда от преговаряне с настоящите или търсене на нови доставчици?

**Пазар на труда:** Какви са тенденциите на пазара на медицински труд? Кои професионалисти са най-дефицитни? Кои са най-високи платени? Какви са средните заплати в сферата на болничната помощ по категории персонал? От къде е най-изгодно да наема персонал болницата?

**Социални партньори:** Каква е силата на социалните партньори? В каква посока е влиянието им? (по-подробно разгледани в диагностична карта N12)

### 2. Ключови показатели

**Конкуренция:** Ключовите показатели за анализ на конкурентите следва да са съобразени с най-важните аспекти на конкурентната борба:

- **Характеристика** на конкурентите – брой, вид (преки и непреки конкуренти, ключови конкуренти по вид услуги, по клиентски сегменти, по цени, по предлагани условия и промоции); цели, стратегии и модели на реакция на конкурентите, силни и слаби страни на конкурентите.
- **Барие**ри за навлизане на нови конкуренти – вид, сила на възпрепятстване (заплахата за навлизане на нови конкуренти е голяма, когато: икономите от мащаба са малки, диференциацията на услугата е ниска и не може да се очаква, че клиентът ще бъде лоялен, потребността от начален капитал е ниска, разходите за прехвърляне към друг продукт са ниски, няма фирма, която да контролира каналите за дистрибуция и да възпира ново навлизане, необходимите знания и умения не са съществена пречка за навлизане на нова организация, достъпът до суровини и материали е лесен, има държавни субсидии, достъпът до технологии и ноу-хау е лесен, липсва значим ефект от кривата на опита, липсва държавна регулация и други административни барие
- ри за навлизане).
- **Опасност** от предлагане на услуги-заместители
- **Конку**рентни предимства на болницата – брой и вид предимствата на болницата; бенчмаркинг и позициониране на болницата спрямо другите болници

**Доставчици:** Ключовите показатели за анализ на доставчиците следва да са съобразени с тези по-важните аспекти:

- **Характеристика** на доставчиците – по вид и обем доставки, по вид ресурси, по цени, по предлагани условия; цели, стратегии и модели на реакция на доставчиците, силни и слаби страни на доставчиците.
- **Анализ на доставчиците** – дефиниране на силата и значимостта на всеки доставчик, картографиране и дефиниране на онези, с които болницата следва да продължи или да прекрати съвместната си дейност.
- **Ключови доставчици** – поддържане на добри връзки, проучване на удовлетвореността им, взаимни отстъпки.

### 3. Методи за събиране на информацията

**Интервю** с представителите на висшето ръководство, административен и оперативен болничен персонал

**Анкетно проучване** сред доставчиците на болницата

**Документално проучване** – разнообразни документи, свързани с доставчиците

**Търсене в медиите и интернет** – за отзиви, касаещи конкурентите на болницата; търговския регистър – за информация за конкуренти и доставчици

### 4. Източници на информация

**Хора** – болничен персонал

**Медии и интернет** – отзиви и публикувана информация за конкурентите на болницата във форуми, социални мрежи, медии и др.

**Документи** – договори с доставчици, справки за извършени доставки; анкетни карти и др.

**Анализът на външната среда** на болницата представлява изследване на множество фактори, които постоянно раждат нови ситуации и предизвикателства, нови възможности и заплахи пред развитието на болницата. Непрекъснатото наблюдение на тези фактори позволява ориентиране (намаляване нивото на несигурност и неопределеност) и приспособяване към промените във външната среда. Външна среда на болницата включва всички външни фактори и сили на промяната, които влияят на болницата отвън и могат да засегнат постигането на нейните цели. Тези сили могат да влияят пряко, като въздействат директно върху болницата (фактори на микросредата). Другата група външни фактори са факторите на макросредата, които оказват влияние върху климата, в който болницата осъществява дейността си. Болницата трябва да се съобразява с въздействието на външните фактори, за да минимизира отрицателните ефекти и да максимизира положителните. Във външната среда болницата следва да търси и своите възможности и заплахи за развитието си. Установяването на тенденции, разкриването на вероятности последствия и определяне на възможностите на болницата понякога има съдбоносно значение за нея.

**1. Ключови въпроси:**

- Кои са факторите на външната среда на болницата?
- В какво се изразява въздействието на всеки фактор на средата?
- Как болницата може да минимизира отрицателните въздействия (заплахи)?
- Как болницата може да използва максимално положителните въздействия (възможности)?



**Легенд**

- Фактори с директно влияние
- Фактори с индиректно влияние



## 2. Ключови показатели, свързани с анализа на външната макросреда

Разработването на показатели за тези фактори следва да се прави в съответствие с целта на анализа. Като ориентир могат да се ползват следните аспекти:

- **Здравно-демографски фактори:** демографско състояние на населението (възрастово-полова структура, раждаемост, смъртност, прираст), миграция, етнически състав, вероизповедение, здравно състояние на населението (заболеваемост по нозологични единици и класове болести по МКБ), характеристика на домакинствата, образователна структура, географско разпределение и др.
- **Социално-икономически фактори:** равнище на доходите на глава от населението, цени, спестявания, кредити, равнище на инфлация, БВП, темпът на икономически растеж, безработица, работна заплата, пенсии и социални помощи, данъчно облагане, инвестиционен климат, съотношение експорт импорт, валутни курсове, лихвени проценти, специфични регулатори, като квоти, тарифи и др.
- **Политически фактори:** политически промени в регионален, национален и международен обхват, национална и регионална здравна политика, организация, управление и проблеми на здравеопазватната система, закони, наредби и други нормативни актове, касаещи здравеопазването, и др.
- **Технологични фактори:** развитие на медицинското образование и наука, напредък на медицинските технологии и know how, иновации и изобретения, технически новости, използвани производствени методи и др.
- **Фактори на околната (природна) среда:** географски особености, климат, замърсяване на атмосферния въздух, водите, почвата, храните, шумово замърсяване, увреждащи фактори на домашната и работната среда, управление на отпадъците, и др.
- **Социално-културни фактори:** национални традиции, убеждения, култура, ценности и начин на живот влияят върху здравето. Основните (първични) културни ценности имат постоянно въздействие, докато вторичните (придобитите) се променят по-лесно. С времето се засилва значимостта и ролята на едни ценности, а намаляват на други. На тяхна основа се изграждат обществени норми на поведение на членовете в обществото. Тези норми влияят върху поведението на мениджърите, както в болницата, така и извън нея. Понякога на преден план излиза въздействието на субкултурите, характеризиращи се с различни желаниа и специфично потребителско поведение. От особена важност са рисковите фактори с ефект върху здравето. Рисковият фактор създава условия и повишава вероятността от възникване на заболяване. Най-често това са:
  - **Рискови фактори, свързани с начина на живот** - тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, наркотици, лекарства, рисково сексуално поведение, нерационално хранене, липса на двигателна активност, психо-социален стрес;
  - **Генетични рискови фактори** – наследствени заболявания, увреждания, вродени аномалии;
  - **Вторични рискови фактори** – нарушения, предизвикани от първичните рискови фактори, които повишават вероятността от настъпване на други заболявания.

## 3. Методи за събиране на информацията

**Интервю** с представителите на здравни власти (МЗ, РЗИ, Община), финансиращи органи (НЗОК, ДЗОФ и др.) и др.

**Документално проучване** – национални здравни стратегии, регионални планове, закони, анализи, данни от преброяване на населението, регистри на служба ГРАО, други документи.

**Търсене в медиите и интернет** – за информация, касаеща факторите на външната макросреда;

## 4. Източници на информация

**Хора** – политици, експерти, аналитици, икономисти, юристи, еколози, епидемиолози, финансисти и др.

**Медии и интернет** – публикувана информация за факторите на макросредата на болницата в официални страници на министерства и държавни институции, анализаторски фирми, НЦОЗА, НСИ, НЗОК, БЛС, форуми, социални мрежи, медии, резултати от проучване на общественото мнение и др.

**Документи** – анализи, прогнози, отчети на различни държавни институции и др.

**Анализът на ползите за обществото** представлява процеса на изследване интересите на отделните стейкхолдери на болницата. Съобразяването с различните заинтересовани страни на болницата дава начало на процеса на стратегическо управление и устойчивото развитие като превръща болницата в социално отговорна институция, способна да носи корпоративна отговорност (corporate social responsibility). Взаимоотношенията на болницата със заинтересованите страни са стратегическия (институционален, социален) капитал. Нарастването на стойността на този капитал води до нарастване на икономическите ползи за болницата.

**Стейкхолдер** (заинтересована страна) на болницата е всяко лице, група хора, институция, орган, фирма, агенция, които имат интерес от успеха на болницата или които ще бъдат засегнати от дейността на болницата. Отделните заинтересовани страни се стремят да разберат по-добре ефекта от своите инвестиции в болницата и да разберат по-добре своята връзка с болницата и мястото, което им се отделя.

**1. Идентифициране на стейкхолдерите на болницата**

При идентифицирането следва да се набележат всички стейкхолдери, които имат реален интерес по отношение на целите на болницата в настоящият момент и такива, които могат да имат потенциален интерес в бъдеще. С цел по-лесна идентификация, на фигурата по-долу е представена примерна схема от стейкхолдери на болницата (без да претендира за пълна изчерпателност):

**СТЕЙКХОЛДЕРИ НА БОЛНИЦАТА**



**ЗАБЕЛЕЖКА:**  
Представеното влияние от отделните стейкхолдери на схемата е примерно!

**Легенд**

- Съкратено наименование на стейкхолдера
- Пряко влияние
- Индиректно влияние



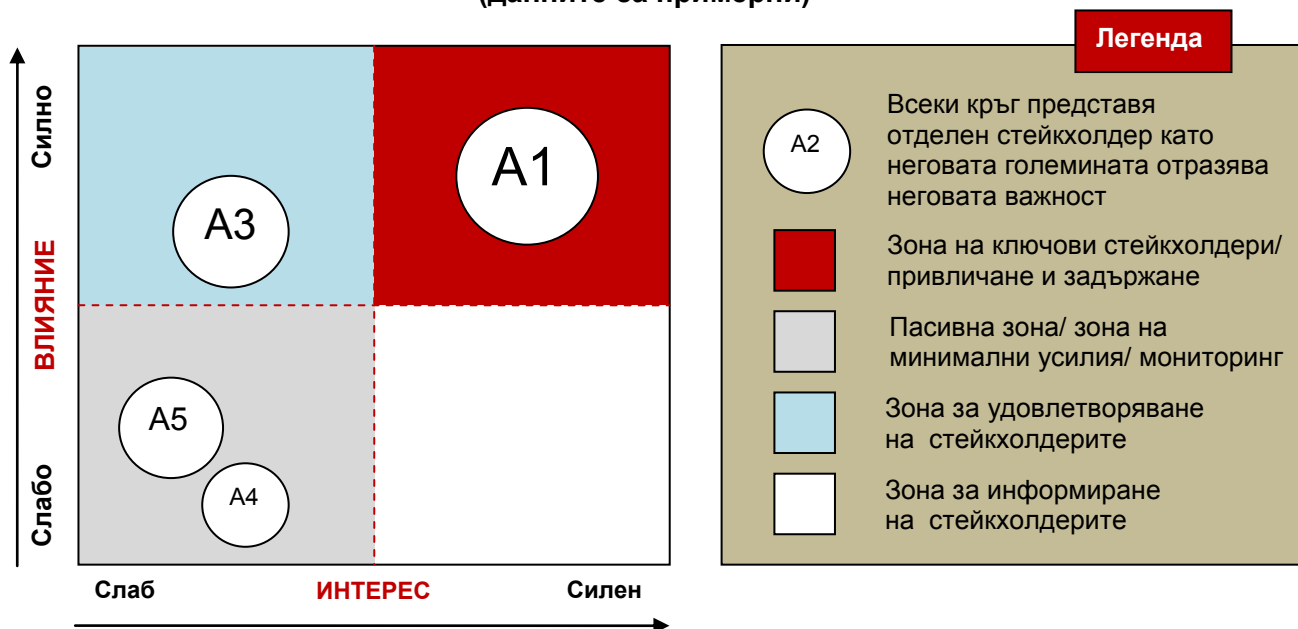
**2. Характеризиране на всеки стейкхолдер**

Всеки отделен стейкхолдер има различна роля и степен на влияние върху болницата, затова е важно тя да бъде дефинирана и анализирана. Анализът следва да се извърши от няколко гледни точки: принос (ценност), законова власт и статут, ангажираност, влияние и важност на стейкхолдера.

**3. Картографиране**

Процесът на картографиране се изразява във визуалното представяне на резултатите от анализа на стейкхолдерите в матричен вид. Целта на картографирането се изразява в ранжирането на стейкхолдерите според техния интерес към успеха на болницата и силата на тяхното влияние. По този начин става възможно определянето на приоритетните стейкхолдери, върху които следва да се концентрира диагностичния анализ на ръководството на болницата.

**фиг.28 МАТРИЦА НА СТЕЙКХОЛДЕРИТЕ**  
(данните са примерни)



Източник: Johnson G., K. Scholes, *Exploring Corporate Strategy*, Financial Times/ Prentice Hall, 2002

**4. Идентифициране на потребностите на стейкхолдерите**

За всеки приоритетен стейкхолдер следва да се дефинират потребности, интереси, очаквания. За целта болничното ръководство трябва да отговори на следните въпроси: Кои са основните въпроси, които вълнуват даден стейкхолдер? Кои въпроси най-често възникват? Кои от реалните интереси на стейкхолдерите са свързани с корпоративната болнична стратегия? При определянето на интересите на отделните заинтересовани страни трябва да се следи да има баланс по отношение на нивото им на значимост, като от най-голяма важност е да се определят интересите на приоритетните стейкхолдери.

**5. Измерване и анализ на удовлетвореността на стейкхолдерите**

Методите, чрез които може да се измери и анализира удовлетвореността на стейкхолдерите включват: провеждане на анкетни проучвания (включително на интернет страницата на болницата или с помощта на инструменти като Zoomerang, SurveyMonkey, Qualtrics); срещи на фокусни групи; интервюта; отзиви в медиите, включително онлайн форуми и социални мрежи (Facebook, Twitter, LinkedIn и др.); преглед на констатации от външни проверки, жалби на пациенти, заведени съдебни дела срещу болницата; преглед на финансово-счетоводна документация, одобрени инвестиционни проекти; материали от проведени събития в болницата. За всеки стейкхолдер следва да се разработи отделен набор показатели за измерване, чрез който да се измери доколко е удовлетворен, до колко болницата е отговорила на очакванията и какво е неговото мнение.

**Фиг.29** Схема за проверка на баланса на интересите на приоритетните стейкхолдери (с примерно разпределение)

	стейкхолдер 1	стейкхолдер 2	стейкхолдер 3	стейкхолдер 4	стейкхолдер 5	
Ръководство/ Политика & Стратегия	√					1
Клиенти/ Резултати за клиентите		√				1
Ключови резултати/ ефективност					√	1
Медицинска перспектива/ Клинична ефикасност				√		1
Служители/ Резултати за служителите			√			1
Финансова перспектива			√			1
Капацитет/ Ресурси	√					1
Вътрешни процеси/ Стандарти					√	1
Обучение & иновация/ адаптация					√	1
Ползи за обществото		√				1
Партньори, доставчици/ Пазар				√		1
<b>ОБЩО</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	
<b>Проверка на баланса на потребностите, отнасящи се за всеки стейкхолдер</b>						

Предложения модел представлява концептуален многомерен модел за диагностичен анализ на дейността на болницата, чиято цел е оптимизиране на нейното управление. Моделът обхваща ключовите направления на дейността и ключови въпроси, свързани с изпълнението на целите, които са разпределени в 12 групи, осигурявайки балансиран подход при анализа. Основните показатели, които биха могли да се използват са представени в 12 диагностични карти. За всяка група направления на дейността моделът съдържа сходен брой групи показатели за анализ, т.е. осигурен е баланс между направленията на дейността и показателите за тяхното измерване.

Моделът осигурява отчитане на изискванията на отделните групи стейкхолдери като следи за броя, баланса и изпълнението на целите, свързани с всеки един от тях. Също така моделът насочва управлението на болницата към „важните“ въпроси и по този начин допринася за подобряване на качеството на управленската дейност.

### Изводи:

Приложението на модел за многомерен диагностичен анализ на дейността може да доведе до множество ползи за болницата и подобряване на нейното управление. За да има успех използването на такъв модел обаче е необходимо да са осигурени някои предварителни условия:

- **Култура** – организационната култура на болницата трябва да позволява и приема предложения за подобряване на дейността.
- **Лидерство** – болничното ръководство (на всички йерархични нива) трябва да подкрепя диагностичния процес и да осигури ресурсите, необходими за осъществяването му.
- **Ресурси** – хора, време, пари, и технологии.
- **Визия и стратегия** – болницата трябва да знае „къде отива” и „как да стигне” дотам или да има желание да изясни визията си.
- **Хора** – наличие на специалисти в болницата, които ще работят заедно за осъществяването на диагностичния анализ, който понякога е неясен и променлив процес.
- **Системност** – налице са системи или намерение да се установят такива, които да осигурят необходимата информация за събирането на данни и подкрепа на диагностиката.

Болниците разполагат с разнообразни информационни системи (медицински, счетоводни, за управление на персонала, за управление на материални ресурси и запаси, и т.н.), но много често информацията за бизнес-процесите остава сегментирана и дезинтегрирана. Поради тази причина много от управленските решения се вземат интуитивно, носят локален характер и не способстват за достигане целите на болницата.

Лавинообразният ръст на обемите информация, реформите и изострянето на конкуренцията заставят болниците да използват всички възможни резерви при управление на дейността си. За целта е необходимо, управлението да се базира на комплексен диагностичен анализ на дейността, захранван от оперативно събирани и достоверни данни за болничната дейност.

# ИЗВОДИ

*Къде е мъдростта, която изгубихме в  
знание? Къде е знанието, което  
изгубихме в информация?*

*Томас Елиът, Нобелов лауреат*

Съвременните български болници имат сложно управление и комплексни управленски проблеми. Техните ръководства трябва да съблюдают постигането на ефективност на управлението и устойчиво развитие в дългосрочен аспект. В днешната ера на „информационна и технологична експлозия“, събирането на данни за дейността е бърз и лесен процес. Използването на информацията обаче си остава сериозно изпитание за всеки болничен мениджър. Настоящият дисертационен труд е опит да се намери решение на този проблем и да се предложи модел за провеждане на систематизиран и комплексен диагностичен анализ на състоянието и дейността на болницата, на нейни отделни функционални области или структурни единици, процеси, резултати, фактори на външната среда и взаимоотношения със заинтересованите страни (стейкхолдери). Моделът може да бъде използван както за периодичен вътрешен анализ, така и при подготвянето на официални документи, насочени към външни потребители на информация за болницата. В тази връзка той може да намери приложение при изготвянето на доклади за дейността, стратегически анализи и планове, бизнес планове, инвестиционни планове, информационни брошури и други документи.

В резултат на проведеното емпирично изследване е характеризираният процесът на диагностичен анализ на дейността в българските болници. Сравнени са резултатите от проведеното структурирано интервю и извършеният контент анализ на докладите им за дейността. Това позволи определянето на основните направления на дейността, които имат ключово значение за управлението на болниците, използваните показатели за анализ на дейността и фактори на външната и вътрешната среда. Установени са опита и познанията на ръководните кадри, анализиращи болничната дейност, както и основните затруднения, които те срещат. Управленската култура и познанията на болничните мениджъри в изследваната област все още са недостатъчни и не

позволяват извършване на диагностичния анализ като систематичен процес с унифициран подход за неговото осъществяване. Липсват и обучения в областта на анализа на болничната дейност.

Определена е теоретичната, нормативна и практическа база за конструиране на модела. В тази връзка са разгледани най-популярните теоретични модели и са определени онези техни аспекти, които са подходящи за приложение в българските болници. Извлечени са изискванията, касаещи анализа и управлението на болничната дейност от нормативните документи. Определени са и основните показатели, които се ползват в ежедневната управленска практика в болниците. Всичко това позволи конструирането на комплексна база, на която да стъпи модела - цел на настоящия дисертационен труд.

След прегледа на литературата е установено, че липсва отделен модел, който да е подходящ за приложение в българските болници. Разбира се, в съществуващите модели за анализ бяха определени множество полезни и приложими аспекти. Въз основа на тях е разработена методиката на модела, която включва съответните дефиниции, ясна последователност и начин на провеждане на анализа, ключовите направления за анализ, показатели за измерване и т.н. При създаването на методиката е заложено и спазено изискването, моделът да позволява балансиран и многомерен анализ.

Конструираният модел за диагностичен анализ на българската болница, схемата за неговото приложение, таблицата на взаимовръзките между ключовите направления на дейността и основните показатели за техния анализ, както и изработеният алгоритъм за практическо приложение на модела са съобразени с изискването за лесно приложение, задълбоченост на анализа, различен обхват и цел на анализа. С оглед по-лесното приложение на модела са разработени диагностични карти, диагностични матрици, помощни списъци с показатели за измерване.

В резултат на изпълнението на горните задачи е изпълнена целта на дисертационния труд като е предложен концептуален многомерен модел за балансиран диагностичен анализ на дейността на съвременната болница, насочен към оптимизиране на нейното управление чрез ясна методика, включваща последователност на аналитичния процес, подходи за анализ, източници на информация, показатели за измерване на болничната дейност.

**Главната изследователска теза**, която приехме при разработването на настоящият дисертационен труд бе, че моделът за диагностичен анализ на дейността на българските болници ще подпомогне управлението им в постигането на комплексна ефективност. Проверката на нейната достоверност премина през доказването на съответните подтези:

**Подтеза 1:** въз основа на проведеня задълбочен теоретичен анализ на световния опит е изработена теоретичната база на модела. С това подтезата 1 е доказана.

**Подтеза 2:** при разработването на модела са взети под внимание националните закони, стратегически и други изисквания към болниците и те залегнаха в нормативната база на модела. С това подтезата 2 е доказана.

**Подтеза 3:** изследвано е състоянието на диагностичния анализ в болниците, неговите особености и недостатъци. По този начин бяха разкрити практическите възможности за анализ на дейността на болниците, които залегнаха в практическата база на модела. С това подтеза 3 бе доказана.

**Подтеза 4:** При бъдеща научна разработка моделът ще бъде апробиран в практиката. Очаква се чрез неговото приложение да се повиши ефективността на управлението на болниците и на системата за болнична помощ.

Като основни насоки за по-нататъшни изследвания с оглед развитие на модела съществуват няколко възможни направления:

- **Развитие и модифициране на модела за бенчмаркинг на болниците** – може да стане като към модела се разработи методика за генериране на стандартизирани интегрални показатели за дейността на болниците, чрез които да се осигури възможност за сравняването им (по видове лечебни заведения, по изисквания на стейкхолдерите, по нива на управление на системата, по специфични изисквания – спазване на критерии за качество, научно-изследователска дейност, изпълнение на националната здравна политика и др.). Развитието на модела в тази посока ще наложи по-различен подход при определянето на главните цели, ключовите направления на дейността и показателите, които да бъдат валидни и надеждни за всички групи болници в страната. Резултатите от приложението на модела могат да се публикуват в единен публичен регистър и да позволят оформянето на on-line класация на болниците в

страната по различни критерии като: качество на управлението, икономическа ефективност, качество на медицинската дейност и др.

- **Развитие на модела за оценка на болничното управление** – за целта ще е необходимо разработването на специфична методика и показатели за оценка на болничното управление. По този начин моделът ще бъде полезен на политици и управленци от различни нива на здравната система, които ще могат да определят успеха, проблемните области и да предприемат адекватни действия. В зависимост от постигането на дадена стойност на ключовите показатели могат да се определят съответно и различните поощрения или наказания за добро или слабо ръководство.
- **Развитие на модела в компютърна програма за автоматизиран диагностичен анализ на дейността (business intelligence)** – развитието на модела като инструмент, подпомагащ болничните мениджъри при вземането на управленски решения (166) ще стане чрез комбинирането му със софтуерни и хардуерни технологии за идентифициране, извличане и анализ на данните за дейността. По този начин ще се осигурява историческа, текуща и бъдеща информация, касаеща дейността на болницата, включваща възможности като отчитане, анализи, обработване на данни, процеси и сложни явления, диагностичен анализ на дейността, бенчмаркинг и прогнозни анализи. Представянето на резултатите ще става под формата на „управленско табло/ пулт“, в което състоянието и измененията ще са видими в реално време и ще се представят чрез различни визуални средства – таблици, диаграми, скали и др.

Моделът може да бъде полезен на здравните мениджъри в болниците от висше, средно и ниско управленско ниво, болничен персонал (клинцисти, специалисти по маркетинг и реклама, проектен мениджмънт, управление на човешки ресурси, финансови специалисти, информатици и др.), представители на национални и регионални здравни власти, служители в общински администрации, комисии и отдели по здравеопазване, изследователи в областта на болничното управление, финансиращи институции и организации и др.

## СПРАВКА ЗА ПРИНОСИТЕ

### *А. Теоретико-методологични приноси:*

1. Изследван е **актуален и недостатъчно разработен проблем** – проблемът за мястото, ролята и значението на диагностичния анализ на дейността на болниците, чиято правилна реализация може да доведе до подобряване на ефективността и управлението им.
2. За първи път са **сравнени и систематизирани** в синоптична таблица характеристиките на теоретичните модели за диагностичен анализ на дейността на фирми и болници и са посочени най-подходящите от тях, които да зелегнат в теоретичната и методологична основа на модела за анализ на българските болници.
3. Предложен е **оригинален инструментариум**, включващ комбинираното приложение на два инструмента за проучване - структурирано интервю и контент-анализ на докладите за дейността на българските болници, след което резултатите от двете проучвания са сравнени, с оглед по-задълбочено изследване на проблема и по-достоверни резултати.

### *Б. Практико-приложни приноси:*

1. За първи път у нас в резултат на уникално мащабно изследване е установено **актуалното състояние на управлението** в българските болници чрез характеризирание процеса на диагностичен анализ на дейността от гл.т. на неговата продължителност, използвани показатели, ключови направления, участници, срещани трудности и др. Обхванати са 412 специалиста и 211 доклада за дейността от 155 болници в страната.
2. Въз основа на направеното емперично проучване и теоретичен преглед е предложен за първи път у нас концептуален **многомерен модел** за балансиран диагностичен анализ на дейността на българските болници с алгоритъм за приложения и инструментариум за осъществяването му.
3. Идентифицирани са потребностите на болничното управление и в тази връзка са предложени **насоки за развитие** на модела за подпомагане управлението на различните нива в системата здравеопазване, касаещо дейността на болниците.



## ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИЯТА

1. Георгиева, М., **“Стратегическото планиране в съвременната болница”** в “Здравна икономика и мениджмънт”, бр.1, 2002.
2. Георгиева, М., **“Болнични управленски стратегии”**, доклад в Първа международна юбилейна конференция “Здравеопазването – предизвикателствата на промяната”, 16 – 18 Октомври 2003, Варна
3. Георгиева, М., **„Стратегическото управление в болницата и неговия инструментариум - методики за икономически анализ на дейността”**, сборник на юбилейна научно-практическа конференция с международно участие “В криза ли е планирането?”, Свищов, 26 - 28 май 2005.
4. Georgieva, M., **“Methodologies for better performance management of modern hospital”**, paper for FEHAP conference "La Gouvernance Des Organisations A But Non Lucratif: L'Autre Gouvernance", 15 of April 2008, Paris, France.
5. Георгиева, М., **“Финансовите показатели - ориентир в управленския анализ на болницата”**, Доклад на Юбилейната международна научна конференция: "Здравеопазването - между социалната справедливост и икономическата ефективност", 26-28 Май 2008, Варна (МУ – Варна)
6. Георгиева, М. **“Най-често използвани показатели за анализ на дейността на българските болници”** в: Сборник доклади от Конференция на младите научни работници, 9 Май 2011, Издателство „Наука и икономика”, Икономически университет – Варна, стр.81-93
7. Георгиева, М. **“Диагностичния анализ на дейността на болницата – инструмент за ефективен мениджмънт в условията на криза”**, Международен симпозиум по контролинг “Контролингът в условията на криза“, 18-19 септември 2010 г., Варна
8. Georgieva, M., Moutafova E., **The Effectiveness Challenge In Management Of Bulgarian Hospitals**, Chapter in "Health Reforms in South East Europe". European Institute, London School of Economics and Political Science, Palgrave Macmillan, London, UK, 2011.

# СЪДЪРЖАНИЕ

<b>ВЪВЕДЕНИЕ</b>	1
<b>ПОДХОДИ И ОРГАНИЗАЦИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО</b>	4
<b>ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИАГНОСТИЧНИЯ АНАЛИЗ В БЪЛГАРСКИТЕ БОЛНИЦИ – РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОВЕДЕНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ</b>	11
1. Резултати от проведеното структурирано интервю	11
2. Резултати от проведения контент анализ на докладите за дейността	26
3. Сравнителни резултати от проведеното структурирано интервю и контент анализ на докладите за дейността	32
<b>МОДЕЛ ЗА ДИАГНОСТИЧЕН АНАЛИЗ НА ДЕЙНОСТТА НА БОЛНИЦАТА</b>	46
<b>ИЗВОДИ</b>	98
<b>СПРАВКА ЗА ПРИНОСИТЕ</b>	102
<b>ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИЯТА</b>	103

Автор: **Мила Георгиева Димитрова**  
Заглавие: **МОДЕЛ ЗА ДИАГНОСТИЧЕН АНАЛИЗ НА ДЕЙНОСТТА НА  
БОЛНИЦАТА С ОГЛЕД ОПТИМИЗИРАНЕ НА НЕЙНОТО УПРАВЛЕНИЕ**  
Тираж: 120  
Излиза от печат на: .....  
Медицински университет - Варна