

СТОПАНСКА АКАДЕМИЯ „ДИМИТЪР А. ЦЕНОВ“ – СВИЩОВ

**Факултет „Финанси“
Катедра „Застраховане и социално дело“**

ЛЮБА МАРТИНОВА МИТЕВА

**„ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНСКИ
ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД ЛЕЧЕБНИТЕ
ЗАВЕДЕНИЯ В УСЛОВИЯ НА ПАНДЕМИЯ ОТ COVID-19
(ПО ПРИМЕРА НА МБАЛ „СЪРЦЕ И МОЗЪК“ ЕАД –
ПЛЕВЕН)“**

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

**за придобиване на образователна и научна степен
„доктор“**

Област на висшето образование: 3. „Социални, стопански и правни науки“

Професионално направление: 3.8. „Икономика“

**Научна специалност: „Финанси, парично обръщение, кредит и застраховка“
(застраховане и социално дело)**

Научни ръководители:

доц. д-р Николай Нинов

(СА „Д. А. Ценов“ – Свищов, България)

prof. Ryszard Pukala, PhD

**(The Bronislaw Markiewicz State Higher School of Technology and
Economics, Jarosław, Poland)**

Свищов

2023

СЪДЪРЖАНИЕ

СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ СЪКРАЩЕНИЯ	4
УВОД	6
ГЛАВА ПЪРВА. РЕЛАЦИЯТА ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ-РИСК МЕНИДЖМЪНТ-ПАНДЕМИЯ ОТ COVID-19	14
1.1. Характеристики, място и значение на болницата в съвременните здравни системи	14
1.2. Концепцията за риск мениджмънт на лечебно заведение в контекста на новите проекции на общественото здраве	31
1.2.1. Дефиниране и характеристика на управлението на риска като управленска концепция	32
1.2.2. Еволюция на управлението на риска в здравните предприятия (ERM)	38
1.2.3. Методи и техники за оценка на риска	47
1.2.4. Създаване, изпълнение и мониторинг на план за управление на риска в лечебното заведение	55
1.3. Приложение на Риск мениджмънта в условията на пандемия от COVID-19	58
1.3.1. Обща рамка на организационните изисквания за предоставяне на качествено медицинско обслужване в лечебно заведение	60
1.3.2. Практически решения при Управление на риска в лечебните заведения по време на пандемията от COVID-19	63
Изводи към глава първа	71
ГЛАВА ВТОРА. ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНСКИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ В Р БЪЛГАРИЯ В УСЛОВИЯ НА ПАНДЕМИЯ ОТ COVID-19	74
2.1. Състояние на болничната медицинска помощ у нас	74
2.2. Основни предизвикателства пред болничната медицинска помощ в България по време на пандемия от COVID-19	98
2.2.1. Плащания на НЗОК към договорните партньори въз основа на нормативните решения	100
2.3. Резултати от дейността на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен в условията на пандемия от COVID-19	117
Изводи към глава втора	129

ГЛАВА ТРЕТА. ДИАГНОСТИЧЕН АНАЛИЗ НА ОРГАНИЗАЦИЯТА И УПРАВЛЕНИЕТО НА ДЕЙНОСТТА НА МБАЛ „СЪРЦЕ И МОЗЪК” ЕАД – ПЛЕВЕН В ПЕРИОДА НА ПАНДЕМИЯТА ОТ COVID-19	132
3.1. Ключови насоки на политиката за управление на риска от COVID-19 в МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен	132
3.1.1. Отражение на пандемията от COVID-19 върху дейността на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен	132
3.2. Стъпки за изпълнение на Програма за овладяване на рисковете и възможностите на МБАЛ „Сърце и мозък” ЕАД – Плевен по време на пандемията от COVID-19	140
3.2.1. Документация по оценяване на риска и възможностите	148
3.2.2. Насоки за бъдещо развитие на „Програмата за овладяване на рисковете и възможностите“ на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен	152
3.3. Анкетно проучване относно отражението на COVID-19 върху дейността на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД - Плевен	156
3.3.1. Обща информация и параметри на проведеното анкетното проучване	156
3.3.2. Анализ на отговорите на анкетното проучване	164
3.3.3. Обобщени изводи от проведената анкета	198
Изводи към глава трета	202
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	208
СПИСЪК С ИЗПОЛЗВАНА И ЦИТИРАНА ЛИТЕРАТУРА	212
ПУБЛИКАЦИИ НА АВТОРА ПО ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИЯТА	219
ПРИЛОЖЕНИЯ	220
ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ДОСТОВЕРНОСТ И ОРИГИНАЛНОСТ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	240

СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ СЪКРАЩЕНИЯ

БЗС – Българския зъболекарски съюз
БЛС – Българския лекарски съюз
БМП – болнична медицинска помощ
ВМА – Военномедицинска академия
ДМА – дълготрайни материални активи
ЕАД – Еднолично акционерно дружество
ЕООД – Еднолично дружество с ограничена отговорност
ЕС – Европейски съюз
ЗБНЗОК – Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса
ЗК – Закон за кооперациите
ЗЗ – Закон за здравето
ЗЗО – Закон за здравното осигуряване
ЗЛЗ – Закон за лечебните заведения
ЗОП – Закон за обществените поръчки
ИАЛ – Изпълнителна агенция по лекарствата
ИКТ – информационни и комуникационни технологии
ИТ – информационни технологии
КД – Командитно дружество
КП – клинични пътеки
ЛЗ – лечебни заведения
ЛЗБП – лечебни заведения за болнична помощ
ЛПС – лични предпазни средства
МБАЛ – многопрофилна болница за активно лечение
МЗ – Министерство на здравеопазването
НЗОК – Национална здравноосигурителна каса
НРД – Национален рамков договор
НСИ – Национален статистически институт
НУР – неблагоприятни условия на работа
НЦОЗА – Национален център по обществено здраве и анализи
ООД – дружество с ограничена отговорност
ПУР – План за управление на риска
РЗИ – Регионална здравна инспекция

РЗОК – Регионална здравноосигурителна каса

СД – Събирателно дружество

СЗО – Световна здравна организация

СУЗБР – система за управление на здравето и безопасността

ТЗ – Търговски закон

УЗП – универсално здравно покритие

УМБАЛ – университетска многопрофилна болница за активно лечение

УС – управителен съвет

УРП – управление на риска в предприятието

ЦУР – целите за устойчиво развитие

ЧР – човешки ресурси

ASHRM – Advancing Health Care Risk Management (Американското дружество за управление на риска в здравеопазването)

ERP – Enterprise Risk Management (Управление на риска на предприятието)

FMEA – Failure Mode and Effect Analysis (Анализ на режима и ефекта на отказите)

HACCP – Hazard Analysis and Critical Control Points (Анализ на опасностите и контрол на критичните точки)

HAZOP – Hazard and Operability Study (Метод проучване на опасностите и експлоатационната годност)

IOM – Institute of Medicine (Институт по медицина)

OHSAS – Occupational Health and Safety Assurance System (Система за здравословни и безопасни условия на труд)

PCR – polymerase chain reaction (полимеразна верижна реакция)

PR – public relations (връзки с обществеността)

RCA – Root Cause Analysis (Анализ на първопричината за възникване на несъответствие)

УВОД

Пандемията от COVID-19 е най-добрата илюстрация за способността на едно до известна степен изненадващо и на пръв поглед незначително събитие, в отдалечена част на света, да окаже огромно въздействие върху социалния и икономическия живот повсеместно, превръщайки се в безпрецедентна световна криза. Здравният характер на тази криза, логично се превърна в най-осезаем неин белег, оказвайки критичен натиск върху националните здравни системи. Изненадващо събитие от типа на COVID-19 може да се характеризира в три измерения: сложност на неговия източник, скорост на разпространението му и непредсказуемост на мащаба и въздействието му. Именно последното измерение – мащаба и въздействието на пандемията, станаха причина за сериозните трудности, с които се сблъскаха националните здравни системи. Тези трудности са предизвикани от осъществяването на практика на целия набор от рискове, които могат да бъдат заплахата за здравната система – безопасността за живота и здравето на пациентите и здравните специалисти; прекъсването на каналите за доставки на лекарства, техника, консумативи и дори лични предпазни средства; затрудненото финансиране; кадровата обезпеченост и загубата на човешки ресурси; липсата на мотивация и породените етични проблеми, и т.н.

Имено в опит за противодействие и минимизиране на щетите от пандемичните рискове, мениджмънта на всяка здравна организация, прибегна към апробиран в практиката работещ инструментариум, отчел висока добавена стойност за нея, какъвто е *управлението на риска в здравната организация*. Използвайки управлението на риска, здравните организации проактивно и систематично защитават безопасността на пациентите и персонала, както и активите на организацията, пазарния дял, акредитацията,

нивата на възстановяване на разходите, стойността на марката и репутацията в обществото. Пандемията от COVID-19 потвърди по безспорен начин ролята и важността от разработването и внедряването на планове за управление на рисковете, в това число и пандемични, в рамките на здравните организации. Базирайки се на прилагането на всички основни принципи на управлението на риска, лечебните заведения имаха шанс да докажат, че могат да се справят с пандемията от COVID-19, свеждайки до минимум трайните негативни последици за себе си. За онези здравни организации, които разполагаха с добре работеща програма за управление на риска, изготвена от риск мениджмънта, това се оказа рутинна дейност, тъй като корпоративното им съзнание, вече беше насочено към управлението на риска, но за онези, които нямаха такива или подценяваха и формализираха до голяма степен приложението им, пандемията се превърна в реална криза.

Поради динамичния и многостранен характер на управлението на риска в здравеопазването, ролята му непрекъснато се развива, а значението – нараства. Имено динамиката, честотата и тежестта на настъпващите промени, налагат мениджмънта на здравните организации да наблюдават непрекъснато променящия се пейзаж на континуума на риска в здравеопазването, което прави задачата на същия, още по-сложна и отговорна.

Проблематиката на управлението на риска в здравеопазването е предмет на национално и европейско и международно обсъждане, съответно законодателство и регулации. Последните имат за цел разписването на ясни правила и препоръки, относно управлението на риска в здравеопазването и в частност в здравната организация. В съществуващите европейски директиви и регламенти, се разглеждат въпросите, касаещи предоставянето на здравните услуги в широк диапазон – от тяхното качество до тяхната дигитализация.

Не по-малък интерес предизвика в научната общност у нас и по света, проблематиката свързана с организационно-управленските предизвикателства пред лечебните заведения в условия на пандемия от COVID-19 и възникналата в тази връзка, необходимост от прилагането на управление на риска в здравеопазването и здравната организация. Пандемичното влияние в различни му аспекти, касаещо националните здравни система е предмет на изследване и анализ на голям брой научни изследвания. Сред българските автори с разработки, попадащи в този актуален със значението си тематичен обсег се открояват имената на П. Салчев, Т. Веков, П. Димитров, Ц. Воденичаров, З. Петрова, К. Цанкова, Г. Димитров. Не по-малко внимание заслужават и фундаменталните научни трудове на М. Попов, Е. Делчева и С. Гладилев посветени на здравната политика; здравната система; начините, моделите и източниците за финансиране в здравеопазването; управлението на здравната организация; икономическите и организационно-управленските аспекти на дейността на болницата; въпросите управлението на човешките ресурси и на заплащането на персонала в здравеопазването и т.н. Незначителна част от чуждестранните автори, които имат съществен принос с разработките си по темата с влиянието на COVID-19, върху здравеопазването, здравните системи и лечебните заведения са E. Weimann, P. Weimann, A. Capocchi, P. Orlandini, S. Amelio, J. Braithwaite, S. Tabish, R. Busse, D. Moskowitz, C. Barbet-Rambaud, R. Porta, R. Gaggero. Прави впечатление, че все още съществува известна празнота по отношение на научни изследвания, търсещи директните и индиректните връзки между разработването и прилагането на програма за управление на риска в болницата и резултатите от дейността на същото по време на пандемията от COVID-19, в това число и по отношение на механизмите за справяне с новопоявилите се рискове, безопасността на

пациентите и персонала, непрекъсваемостта на работния процес, положителното финансово представяне и много други.

Предвид подчертаната актуалност и дискуссионния характер на темата за влиянието, което пандемията от COVID-19 оказва върху националната здравна система и нейните структурни елементи, може да бъде изведена научната рамка на дисертацията и да бъдат формулирани в следната логическа последователност, нейните – обект, предмет, теза, цел, задачи, методика и ограничителен периметър.

Обект на дисертационният труд е частната Многопрофилна болница за активно лечение „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, като част от действащата национална система от лечебни заведения за болнична медицинска помощ в Р България.

Предмет на изследването са организационно-управленските предизвикателства пред лечебните заведения в страната, в условията на пандемия от COVID-19 и необходимостта от прилагане на програма за управление на риска (по примера на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен).

В тази връзка е направен опит за целенасочено и аргументирано представяне на **тезата**, че пандемията от COVID-19 провокира мениджмънта на лечебните заведения за болнична медицинска помощ у нас, в посока – преосмисляне на стратегиите на лечебните заведения и по-конкретно на програмите за управление на риска, залегнали в основата на риск мениджмънта им. Имплементирането на тези програми се явява ключов управленски инструмент и апробиран в практиката способ за противодействие на всяка здравна организация (в конкретния случай – МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен), която е изложена на безпрецедентен натиск от риск с подобни пандемични мащаби. Само проактивното и системно прилагане на програмите за управление на риска в лечебното заведение биха могли да резултират

позитивно при гарантиране безопасността, живота и здравето на пациентите и персонала, както и активите на организацията, пазарния дял, акредитацията, нивата на възстановяване на разходите, стойността на марката и репутацията в обществото.

Формулираната по този начин, теза на дисертационния труд, обуславя и основната **цел** на изследването, а именно: да се докаже необходимостта от силна програма за управление на риска. Спазването на разписаните в нея стъпки по идентифициране, наблюдение, оценка и превенция срещу съществуващите рискове за дейността на лечебното заведение, и стриктното изпълнение на набеязаните действия, биха могли да трансформират всяка заплаха за здравната организация в позитив и да генерират добавена стойност за нея.

Постигането на дефинираната по този начин цел на разработката, предполага в рамките на същата да бъде извършено необходимото:

- извеждане на релацията лечебно заведение-риск мениджмънт-пандемия от COVID-19;
- изтъкване на организационно-управленски предизвикателства пред лечебните заведения в Р България в условия на пандемия от COVID-19;
- провеждане на диагностичен анализ на организацията и управлението на дейността на МБАЛ „Сърце и мозък” ЕАД – Плевен в периода на пандемията от COVID-19.

Очертаните по-горе в текста обект, предмет, теза и цел на научното изследване, поставят за изпълнение набор от **задачи**, при следната логическа последователност:

- извеждане на ключовите характеристики, място и значение на болницата в съвременните здравни системи;

- представяне на концепцията за риск мениджмънт на лечебно заведение в контекста на новите проекции на общественото здраве;
- обосноваване на приложението на риск мениджмънта в условията на пандемия от COVID-19;
- дискутиране на състоянието на болничната медицинска помощ у нас;
- очертаване на основните предизвикателства пред болничната медицинска помощ в България по време на пандемия от COVID-19;
- анализиране на резултатите от дейността на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен в условията на пандемия от COVID-19;
- описание на ключовите насоки на политиката за управление на риска от COVID-19 в МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен;
- посочване на стъпките за изпълнение на Програмата за овладяване на рисковете и възможностите на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен по време на пандемията от COVID-19;
- провеждане на анкетно проучване относно отражението на COVID-19 върху дейността на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен.

Написването на дисертацията е съобразено с научните разработки на редица наши и чуждестранни автори-изследователи, посветени на организационно-управленски предизвикателства пред лечебните заведения в условия на пандемия от COVID-19 у нас, с публикуваната официална статистическа информация и нормативна база, актуална към 03.05.2023 г. В процеса на изследването са използвани: социологически метод и по-конкретно анкетен метод; сравнителен метод; документен метод; метод на анализ и синтез; метод на експертните оценки; метод на наблюдението; метод на моделирането; статистически методи. Изводите и препоръките, послужили

като база на формулираните предложения, са базирани на актуални наблюдения върху практиката на здравната система в България.

Обхватът на изследването е ограничен в няколко посоки:

- лечебните заведения в област Плевен и по-конкретно две от тях МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен и УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен, лидерите съответно между частните и публичните лечебни за болнична медицинска помощ на територията на областта;

- не са взети под внимание, действащите програми за управление на риска в други болници, които използват съответно алтернативни методи за идентифициране и оценка на риска, за да се направи съпоставка между тях и евентуално да се посочи, коя от тях е дава по-добри резултати;

- респондентите на проведената анкета за проучване на отражението на COVID-19 върху дейността на болницата са само от МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, т.к. се цели проучване на нагласите и мнението на персонала, а не се цели мащабно проучване на здравния персонал на ЛЗБМП в областта или в страната, каквото би могло да се проведе.

Подхождаме с разбирането, че разглежданата материя и дискутираните в рамките на ограниченото по обхват изследване, не могат да претендират за изчерпателност, но се надяваме въз основа на достигнатите изводи да се инициират решения. Последните, освен за обогатяване полето на науката, следва да са от максимална полза и за практиката и по-специално за мениджмънта на болничните заведения. Тук е мястото да подчертаем дебело един особено важен, но не и за подценяване момент, а именно, че изненадващи събития със сходни характеристики (сложна етиология, бързо разпространение, непредсказуем мащаб) вероятно ще продължат да се случват в бъдеще и ще останат относително непредсказуеми – причина поради която,

здравните организации трябва да се подготвят за следващите предизвикателства.

ГЛАВА ПЪРВА. РЕЛАЦИЯТА ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ-РИСК МЕНИДЖМЪНТ-ПАНДЕМИЯ ОТ COVID-19

1.1. Характеристики, място и значение на болницата в съвременните здравни системи

Съвременните здравни системи (World Health Organisation, 2000) на развитите държави функционират по начин, чрез който да се минимизират последствията от съществуващите медико-социални и медико-икономически рискове (Ninova & Ninova, 2018) за членовете на обществото. Точно рисковете, разглеждани като опасности за здравните системи, се явяват пряка проекция от непрекъснатата динамика и промяна, както във външната (окръжаващата), така и вътрешната (на самата система) среда. Приемаме за аксиоматично разбирането, че най-чувствителен елемент на всяка здравна система по отношение на посочените рискове, генериращи несигурност, се явява болницата. Тази чувствителност се обяснява от една страна с ролята и функциите на болницата и непрекъснатото ѝ взаимодействие с обществената среда, а от друга – от факта, че тя е „многофункционален технологичен и особено сложен комплекс, а поради това е най-характерното заведение в здравната система“ (Попов, 2008). Рефлексията на болниците, разглеждана като противодействие на тези рискове е в основата на непрекъснатия процес от провеждани системни промени – реформи, целящи постигането както на осезаемо по-висок стабилитет и устойчиво развитие на националната здравна система, така и постигане на максимален унисон със съвременните стандарти, утвърдени и прилагани в останалите държави-членки от Европейския съюз (ЕС) (EU Програма „ЕС в подкрепа на здравето“ (2021—2027 г.) — визия за подобряване на здравето в Европейския съюз, 2021).

Следвайки възприетата здравна политика (Попов, 2008) и изпълнявайки приоритетите на националната здравна стратегия (Попов, 2008), ролята на болниците е да допълват и повишават ефективността на много други части на здравната система, осигурявайки непрекъсната наличност на услуги за остри и сложни състояния. Те са проектирани да концентрират оскъдните ресурси в рамките на добре планирани мрежи за насочване, за да отговорят максимално ефективно на здравните нужди на населението на всяка страна. В този ред на мисли, болниците се явяват ключов елемент от универсалното здравно покритие (УЗП) и имат решаващо значение за постигането на целите за устойчиво развитие (ЦУР) (European Commission - Цели за устойчиво развитие).

Като ключов елемент с водеща роля във всяка здравна система, болницата се откроява с конкретни специфики, които я правят от една страна уникална, а от друга – изключително сложна структура. Тези особености имат екзогенен и ендогенен характер, и се заключават в следното:

- По своят замисъл, здравеопазването, разглеждано като идеална обществена система, е създадено да функционира по начин, който изключва възможността да е в позиция на пълно подчинение на пазарните принципи и закони, поради което същото се причислява към отраслите, осъществяващи социално-културните дейности (за които е добре известно, че не преследват комерсиални цели). Същевременно, неговата основна единица – болницата, на практика функционира в реална пазарна среда, при това в условия на засилващи се процеси на доминиращо разширяване на пазарните отношения, които тя не може да игнорира и в този смисъл да не спазва. В този ред на мисли, болницата се разглежда като „икономически субект, управлява и носи отговорност (освен за пациентите) за материални активи, нейните функции се изпълняват при наличността на цени, договорни отношения с финансиращи

организации, потребители и доставчици, предлагане и търсене на болнични услуги, маркетинг, конкуренция“ (Попов, 2008).

- Бидейки неразделна част от социалната и здравната системи, чиято функция е да осигуряват цялостно здравеопазване на населението (в това число – превантивно и лечебно), в болниците се изразходва труд, ангажира се капитал (под различни форми) и се усвояват материални и природни ресурси, в резултат от което се произвежда определен болничен продукт (болнична услуга). Това е причината, болницата да се възприема освен като всичко друго, но и като *производствена организация* (Попов, 2008). За произвежданите болнични продукти (услуги), които могат да имат медицинско и немедицинско съдържание (както лечебни и подкрепящи пациентите, така и осигуряващи поддържането и развитието на болницата и нейната инфраструктура), съществува изискването да бъдат с нарастващо качество, ефективност и гъвкавост. В тази връзка, всяка болница дефинира и систематизира разнообразието на услугите, които ще предлага в своето портфолио, както и своя индивидуален профилен продукт, съставните части на който са: междинен (извършени медицински услуги) и краен (получени резултати във връзка със здравето на пациента) продукт. Именно болничните продукти (услуги) са онези, с които болницата ще се включи, като пълноправен участник – предлагаща страна на пазара (Веков Т. , Управление на болница – мултикомпонентна теория и практика, 2015). Ето кое налага, болницата да селектира с помощта на най-рационалните икономически и медицински способности, набор от болнични услуги – конфигурирайки по този начин своето „продуктово портфолио“, което да предложи на потенциалните потребители-пациентите.

- Всяка болница представлява сложен комплекс – амалгама от медицински, социални, икономически, образователни и редица други

дейности и взаимоотношения, изпълняващи конкретни цели и задачи, и целящи възстановяване на здравето на пациента (Веков Т. , Управление на болница – мултикомпонентна теория и практика, 2015). Безспорен обаче остава фактът, че във всяка една от посочените дейности, водеща ролята има медицината, следвана от икономиката и социалната им страна. Това е причината, когато се анализират крайните резултати от прилагането на здравните услуги, да се търси съчетаване на медицинската с икономическата и социалната ефективност, с поставяне на ударение върху първата. Протичащите процеси, изпълняваните дейности и произвежданите болнични продукти, освен че се отличават със своето многообразие, са същевременно и строго специфични и детерминирани за всеки вид болница. Не бива да се пропуска факта, че те се явяват практически резултат от изпълнението на функциите на болницата, които – за разлика от процесите, дейностите и болничните продукти – са константни и присъстват във всеки вид и всяка болница.



Източник: авторова интерпретация

Фигура 1. Групиране на болничните функции

- приемайки теоретичната постановка, че функцията представлява същността в действие, логично е да посочим, че всяка болница изпълнява шест функции (Попов, 2008), формирани в две основни групи (вж. фиг. 1).

Първата група е ориентирана към потребителите на болничния продукт (услуга) – болничните пациенти и включва три функции, а именно:

✓ *клинична функция* – същата обхваща процесите на диагностика, лечение, рехабилитация, както и консултативната помощ, оказвани на пациентите;

✓ *превантивна функция* – тя е в основата на процесите, свързани със здравната промоция (обучение на пациента и неговите близки за режим и поведение след изписването) и профилактиката (предпазване от друго заболяване, от усложнения или от инвалидизиране);

✓ *социална функция* – предназначението ѝ е да помогне на пациента във връзка с неговата адаптация при постъпването в болницата, а така също и при неговото лечение и изписване/напускане, и която е особено важна за ефективността на провеждания терапевтичен процес.

Втората група функции (отново три на брой) са свързани с поддържането на общоболничната дейност и са следните:

✓ *икономическа функция* – нейното съдържание се свежда до набирането, разпределението и изразходването на финансовите средства, логистиката и управлението на стопанските и финансовите дейности и активите на болницата;

✓ *квалификационна функция* – същата обхваща нуждата от непрестанното повишаване на професионалната компетентност и квалификацията на собствения персонал, както и трудовата му мотивация;

✓ *изследователска функция* – намираща изражение в необходимостта от развитие на болницата (пазарни анализи, социологични изследвания и демоскопски проучвания), както и за изясняване на чисто медицински, икономически и управленски проблеми.

Независимо от представената класификация, същата следва да се приема за условна, тъй като болничните функции винаги трябва да се разглеждат в тяхната интегрална съвкупност, а не в контекста на която и да било от тях (тоест без претенции за водеща роля и по-голяма тежест от останалите). Наличието им във всяко звено на болница е императивно, въпреки че е допустимо те да не са еднакво застъпени, предвид вида и профила на болницата. Отсъствието или нарушаването, на която и да е от посочените шест функции, има за резултат нарушаване на изпълнението и на останалите функции, което е в ущърб на болницата.

- понастоящем външният натиск, недостатъците на съществуващите здравни системи и дефицитите на болничния сектор водят до налагане на нова визия за болниците в много части на света. В рамките на тази визия, те имат важна роля за подпомагане на други доставчици на здравни грижи и за общественото обслужване и услугите, базирани в дома, и са от съществено значение за една добре функционираща мрежа за насочване. Нещо повече, по-старата концепция за болница, която предоставя само лечебни грижи вече не е валидна. Ролята на съвременната болница е не само в предоставянето на лечебни грижи, но и в не по-малко същественото осигуряване на превантивни и промоционални здравни грижи. Именно идеята за ефективност на превантивните и промоционалните усилия до степен хората да имат оптимално здраве при минимална необходимост от лечебна консултация и още по-малко от хоспитализация, е залегнала в основата на една от най-новите концепции за болниците – „Болница без легла“ (Tesser, M., 2020).

• Вътрешната децентрализация и административната автономия са налагаща се добра практика в болницата във все повече държави (Попов, 2008). Първата – вътрешната децентрализация, се заключава в силно изразена самостоятелност на болничните отделения (клиники, лаборатории) и служби.

Тя води до по-висока степен на инициативност и дава силен тласък за въвеждане на иновации, демонстриране на по-висок професионализъм и в крайна сметка до отчитане на по-добри резултати. Втората – административната автономия, се разбира като „свобода“ на болничните отделения при подбора и назначаването на персонал, режим на работа (в рамките на действащото законодателството и общоболничните изисквания и стандарти, правила за професионално поведение, етичност и контрол), финансова автономия (главно по отношение на усвояването на разполагаемия бюджет) и медицинска автономия (диагностични и лечебни технологии, ефективност, взаимодействие с други отделения и заведения, обучение, изследователски проекти). Службите в осигуряващата и логистична инфраструктура на болницата (снабдяване, хранене, почистване и дезинфекция, техническо поддържане, транспорт) в голямата си част се делегират на договорна основа на външни фирми-изпълнители. Именно тази тенденция е в основата на управленската практика по поддържане на единна-обща линия на институционално поведение и траектория на развитие от страна на отделните части на болницата.

- Процес стартирал в последните две десетилетия на XX век и в следствие набрал инерция, превърнала го в концепция, са изискванията за високо качество на болничните продукти/услуги в съответствие с медицинските стандарти и професионална етика. В основата му са пациентите, които са особено чувствителна категория, с прогресиращо нарастващи изисквания (в унисон с развитието на информационните технологии и особено на социалните мрежи) именно към качеството на болничната помощ. Съществуващото съотношение между качество на продукта (услугата) и разходите за тяхното производство (цената им) е главен катализатор на

конкуренцията между болниците (без значение от собствеността им, профила им и начина на финансиране).

Процесът по поддържането и развитието на високо качество на здравния продукт (услуга), безусловно изисква ясно дефинирани – визия, стратегия и политика на болницата по отношение на наемането на персонал, инвестирането в нови технологии и в обезпечаването на солидни материални условия. Качеството на здравният продукт (услуга) се явява от фундаментално значение за бъдещото устойчиво и печелившо развитие на болницата, при това в условия на пазарна икономика. Факторите, които го детерминират, могат да се класифицират в две основни групи: външни и вътрешни.

Към *външните фактори* могат да се причислят:

✓ социално-икономическото развитие на държавата и приоритизирането на здравеопазването като ключова тема за обществото (достигната степен на икономическа развитост на държавата, обуславява до голяма степен и нейните възможности да поддържа качествено здравеопазване, което изисква проактивна здравна политика, която да го приоритизира за да бъдат успешно постигнати набелязаните цели);

✓ здравната политиката, водена от държавата (последователност в действията, изпълнение на здравната стратегия, целеполагане и здравни приоритети, насоки на провежданата реформа и т.н.);

✓ действащите медицински стандарти (медицинските стандарти отразяват съвременните постижения на медицинската наука, образование и практика, и конкретните условия в страната, особено по отношение на кадрови, финансови и материални ресурси (Министерство на здравеопазването - Национална програма "Медицински стандарти в Република България (2008-2010 г.), 2008));

✓ дигитализирането на здравеопазването (в резултат на бурно протичащата телекомуникационна и интернет революция, се появиха нови дигитални и технологични решения, които освен че имат добавена стойност към медицинската помощ, но и поради отличното познаване на „корпоративната архитектура“ при тяхното проектиране и внедряване, позволяват едновременно с това и постигане на оптимизиране на разходите и времето за производството на същата, създават възможности за мониторинг на всички здравни процеси и резултати в реално време, вследствие пък от което, улесняват контрола върху цялата си дейност (Митева, Дигиталната трансформация в медицинската помощ предоставяна от Български кардиологичен институт, 2022)).

✓ интелектуална собственост, налични патенти, лицензи и прочие (правата на интелектуална собственост и патентите взаимодействат по доста комплицирани начини с останалите политики, при това както на национално, така и на международно ниво);

✓ качеството на стоките и консумативите на доставчиците (реномирана марка, професионално отношение, баланс между цената и качеството и т.н.);

✓ профила и статуса на пациентите (на дневен ред е концепцията „Пациент 3.0“ (DeGaspari, J. - Patient 3.0' - Empowering Patients as Partners, 2014), в основата на който е заложен променен – еволюирал потребителски профил, на онези които търсят здравни институции. Ключова характеристика на така наречените „Пациент 3.0“, е че техният профил е много повзискателен, т.е. имат високи очаквания, не само към професионализма на лекарите-специалисти, но и към самият процес на оказване на здравната услуга. Те очакват отлични постижения в обслужването, качествени продукти и услуги, включително хуманизация, удобни съоръжения, сигурност,

взаимоотношения, престой в болница и други (DeGaspari, J. - Patient 3.0' - Empowering Patients as Partners, 2014). Ограничаването на информационната асиметрия между здравните специалисти и пациентите, вече е факт, в резултат от повишаването на информираността на последните. Тя е пряко следствие от по-високото ниво на здравна култура и грамотност, придобити от пациентите, благодарение на информационната инвазия, достъпа до споделена в социалните мрежи здравна информация и отредената му роля, не толкова на пациент, колкото на потребител и клиент, с всички произтичащи от нея последствия и особености. Паралелно се фиксират и негативните тенденции като свръхпотребление и отсъствие на рационалност и суверенност у потребителя (Делчева, 2016), което е признак за слабости в профила на пациентите);

✓ конкурентите (на териториален принцип, на профилен принцип и т.н.), са необходимият катализатор на „технологичния и квалификационен прогрес, като дисциплиниращ епистемологичен механизъм, който разпространява повече информация и знание, сравнителни данни, осигурява внимание и грижи към пациента“ (Делчева, 2016). Практиката доказва, че за сполучлив и работещ модел на конкуренция в здравеопазването може да се посочи – модела на „конкуренция, основана на стойност“ (Делчева, 2016), при който вниманието е насочено към постигането на удовлетвореност на пациента, повишаване на здравните резултати, гарантирането на комплексно лечение и предоставянето на висококачествена здравна помощ. Ефективното управление изисква непрекъснато търсене на предимства пред конкурентите, основани на умел маркетингов микс и на стратегии за краткосрочно и дългосрочно развитие (Веков Т. С., 2022).

Вътрешни фактори включват:

✓ организационната структура и вида на лечебното заведение (същите са в основата на устройството, вида и обема на осъществяваните дейности. Макар, принципно да са равноспоставени, при това независимо от собствеността им, посочените са предпоставка за различно поведение и съответно – траектория на развитие на всяко лечебно заведение);

✓ организационната стратегия и мисия (стратегията и мисията са основните носители на най-важните характеристики на болницата, посредством което се постига уникалността на организацията, отличававаща ги от всички останали организации в здравната система, както и извън нея. Въпросните характеристики проектират оперативното поле, в рамките на което ще се проявява активността на болничната политика);

✓ материално-техническо състояние (изискването за инфраструктура, медицински технологии, технически и организационни фактори в лечебното заведение е те да са адекватни и надеждни, т.к. на практика формират гръбнака на всяка болницата. Ключовата инфраструктура следва да бъде проектирана и да работи по начин, поддържащ всекидневното функциониране, както и да дава гаранции за продължителна безопасна и ефективна работа, в случай на бедствие или криза. Целесъобразните и качествени медицински и ИКТ технологии и консумативи следва да са в достатъчно количество и наличност за специализирана здравна работна сила, за да се отговори на нуждите на населението).

В обобщение на всичко казано до тук, следва констатацията, че „болницата е система с различни компоненти, които са интегрирани с обща цел за постигане на набор от цели“ (Sasikala, 2017).

Качественото изпълнение на всички болнични услуги зависи в изключителна степен от успешното сътрудничество и установената координация между различните компоненти в болничната система. При все,

че отделните подсистеми на лечебните заведения имат специфични цели за осигуряване най-добрата грижа за пациентите, в своята цялост те са подчинени на визията за съвременните болници като изключително сложни, социални, икономически и научни организации, чиято главна функция е да предоставят всеобхватни здравни услуги. Именно това теоретично виждане е залегнало в основата и обяснява нарастващата необходимост от качествен мениджмънт на болницата. Последният, разглеждан като комплекс от действия за управление на функционирането на болницата или здравното звено, интегрира в себе си различен набор от компетенции, материализиран в модел на компетентност¹. Самите компетенции варират в различен диапазон, съответстващ на конкретно ниво: корпоративно, мениджърско и специално/техническо. Докато корпоративното ниво на компетенции, изисква поддържане на заявената мисия и приетите и отстоявани ценности на организацията и като правило са релевантни за всяка позиция в нея, то специалното/техническо ниво на компетенции, предполага наличието на специални (професионални) знания, умения и способности, необходими за ефективното изпълнение на задълженията на служителите, заемащи конкретни-специфични групи позиции в различни специални отдели или са разработени за определени позиции.

Мениджърското ниво на компетенции, е нивото прилагано от заемащите висши длъжностни позиции на всички нива на управление. Те включват набор

¹ Придобити - знания и умения, придобити в работата, както и в хода на обучението и ежедневните дейности. Тези компетенции могат да бъдат оценени с помощта на тестове за способности. 2. Естествени - основни черти на личността (екстroversност / интровертност, емоционална стабилност / тревожност, приятност / цинизъм, добросъвестност / спонтанност). Оценката на естествените компетенции се основава на личностни тестове. 3. Адаптивност - набор от качества, които позволяват на индивида да постигне целите си в нова работна среда. Оценката на адаптивните компетенции се извършва и с помощта на личностни тестове. Източникът на адаптивните компетенции очевидно се крие в емоционалните способности на индивида, които не са вродени, но могат да бъдат придобити и развити. Вж. <https://motherhouse.ru/bg/kvalifikacionnaya-karta-karta-kompetencii-rezultaty-poiska-po-kvalifikacionnaya-karta-vnutrenni/>

от способности и лични качества, които съставляват портфолио от подготовка, знания и практически умения, от които мениджърите се нуждаят, за да таргетират и постигнат успешно бизнес целите на организацията. В контекста на мениджмънта на лечебните заведения, които както вече подчертахме са организации с по-специфична мисия, обхващаща широк диапазон от медицински, икономически и социални цели, този набор от компетенции предявява изисквания в областта на:

- ✓ финансов мениджмънт (управлението на разполагаемите финансови ресурси на болницата при съблюдаване на предварително заложи от мениджмънта ѝ, изисквания за капиталова адекватност, рентабилност, норми на приходите и разходите – се явяват нужното и най-важно условие за увеличаване на печалбата, финансовите активи и стойността на всяка здравна бизнес структура. Постигането на последните е резултат и същевременно функция от провежданите мероприятия по финансово планиране, оперативно управление, финансов контрол и анализ и т.н.);

- ✓ системата за управление на човешките ресурси (ефективното управление на човешките ресурси в лечебното заведение, които са същевременно и най-ценния негов ресурс, предполага задължително намиране на баланс между интересите на двете страни. Постигането на удовлетворяване на индивидуалните очаквания и личните потребности на наетите здравни специалисти от една страна и същевременно изпълнението на стратегическите цели на организацията от друга, неминуемо ще намери пряко отражение върху резултатите от дейността, качеството на произведените болнични продукти и постигането на конкурентно предимство);

- ✓ управление на качеството на болничния продукт/услуга (само безусловното обединяване на интересите и синхронизиране на действията на всички страни – участници в рамките на здравния процес, води до постигането

на желаните резултати по отношение на качеството на здравните продукти. То е пряко свързано с наличието на споделена цел – висока здравна стойност за пациентите, която следва да се превърне в изконна цел за всяко лечебно заведение);

✓ маркетингов мениджмънт (маркетингът в областта на здравеопазването е процес на стратегическо достигане и комуникации, предназначени да привлекат потребителите на здравни услуги, да ги насочат по пътя им към здравеопазването и да ги задържат ангажирани със здравната система. Сложните маркетингови стратегии в здравеопазването интегрират многоканални, силно сегментирани и целенасочени онлайн и офлайн тактики, за да стимулират ангажираността и да ускорят растежа на предприятието при съблюдаване за нуждите на пациентите. Целта му се заключава в избор и прилагане на стратегия за предлагане на здравни продукти/услуги, които да задоволят тези нужди и да осигури максимална доходност за доставчика-организацията (Mercury Healthcare - Definition of Healthcare Marketing, н.д.);

✓ управление на комуникацията и общественото мнение (правилният подход на всяко лечебно заведение е да гледа на взаимоотношенията с медиите като на инвестиция. Точността и справедливостта в медийното отразяване не са единствено резултат от работата на репортерите, а по-скоро следствие от взаимоотношенията на PR специалистите и журналистите, което оказва значително влияние върху качеството на отразяване на лечебното заведение. Медийният имидж е представата за едно лечебно заведение, изградена в мислите и съзнанието на потенциалните потребители с помощта на технологиите за връзки с обществеността и най-вече с инструментариума на масовите комуникации. За да се постигнат положителни публични представи за едно лечебно заведение, е необходимо то да бъде лансирано в медиите умно и коректно с помощта на

предварително изработен алгоритъм – имиджово организиране, планиране, координиране и контролиране, които по своята същност са главните функции на мениджмънта като цяло. Основните функции, които изпълняват връзките с обществеността, се отнасят до създаване на по-голяма стабилност в ключовите взаимоотношения с потребителите.);

✓ управление на времето (управление на времето включва изготвяне и покриване на изисквания по планиране, оценяване, дисциплина и усъвършенстване. Без значение от главната организационна цел изпълнявана от мениджъра, било то увеличаване на продажбата на болничните продукти, внедряване на иновативна здравна технология, разработване на маркетингов план или подобряване качеството на здравните резултати, ключова за тяхното постигане се явява именно – оптимизацията на времето. Тоест, оптимизацията на времето представлява стратегия за оползотворяването му по начин, чрез който ще се изпълнят заложените цели, докато управлението на времето се разглежда като тактически процес, свързан с планиране на график, списък със задачи и други техники, позволяващи използването на времето да става по най-ефективен начин (Веков Т. С., 2022).);

✓ управление на здравната информация (управлението на здравната информация е набор от практики за организиране на медицински данни, така че да могат да се използват ефективно за подобряване на качеството на грижите. Тя има за цел да направи правилното здравно съдържание достъпно винаги, когато е необходимо, като в същото време гарантира неговото високо качество и сигурност.);

✓ фасилити мениджмънт (фасилити мениджмънтът на здравните заведения, покрива всички дейности и активности по поддръжката и управлението на непроизводствените активи на болницата, в това число прилежащите към нея сгради и инфраструктура, организацията и контрола по

различни дейности, свързани с тях. Фасилити мениджмънтът е този, който се грижи за осигуряването на комфортна среда на пациентите или работещите в сградата на лечебното заведение, а от там и за повишаване на качеството на болничния продукт/услуги и удовлетвореността на клинтите/пациентите (Праматаров, 2022)).

✓ риск мениджмънт (управлението на риска в здравеопазването включва клинични и административни системи, процеси и доклади, използвани за откриване, наблюдение, оценка, смекчаване и предотвратяване на рискове. Използвайки управлението на риска, здравните организации проактивно и систематично защитават безопасността на пациентите, както и активите на организацията, пазарния дял, акредитацията, нивата на възстановяване на разходите, стойността на марката и репутацията в общността).

Внедряването на управление на риска в здравеопазването традиционно се фокусира върху важната роля на безопасността на пациентите и намаляването на медицинските грешки, които застрашават способността на организацията да постигне своята мисия и да се предпази от финансова отговорност. Но с нарастващата роля на технологиите в здравеопазването, повишените опасения за киберсигурността, бързия темп на медицинската наука и непрекъснато променящия се регулаторен, правен, политически и обкръжаващ климат в индустрията, управлението на риска в здравеопазването става по-сложно с течение на времето.).

Риск мениджмънтът в лечебните заведения е сравнително ново поле както за научни изследвания, така и от чисто практическа гледна точка. Същността на управлението на риска в болниците се заключава в изграждането на клинични и административни системи, проследяване на всички процеси и изготвяне на доклади, използвани за обследване, откриване,

наблюдение, оценка, смекчаване и предотвратяване на опасности за здравната организация, дефинирани като рискове. Използвайки риск мениджмънта, здравните организации проактивно и систематично защитават безопасността на пациентите, както и активите на организацията, пазарния дял, акредитацията, нивата на възстановяване на разходите, стойността на марката и репутацията в общността.

До пандемията от COVID-19, при приложението на риск мениджмънта в болниците – в частност, и на здравеопазването – като цяло, ударението традиционно се поставяше върху важната роля на безопасността на пациентите и намаляването на медицинските грешки, които застрашават способността на организацията да постигне своята мисия и да се предпази от финансова отговорност. Изправянето пред непознатия (все още във всичките му аспекти) риск от COVID-19, имаше за резултат: загубата на милиони човешки животи и безпрецедентния натиск, на който бяха подложени здравните системи на държавите навсякъде по света, последван от нарастваща роля на технологиите в здравеопазването, основателно повишени опасения за киберсигурността, бърз темп на развитие медицинската наука и непрекъснато променящ се регулаторен, правен, политически и обкръжаващ климат в индустрията/отрасъла. Всички взети заедно, изместиха ударението на риск мениджмънта в болницата в друга посока, която става все по-сложна като научно-практическа материя с течение на времето. Това е причината, на риск мениджмънта да бъде обърнато специално внимание, в резултат от което да бъдат изведени на преден план неговите същностни характеристики и концептуални специфики, подчертавайки същевременно, необходимостта от прилагането му в здравеопазването и най-вече в управлението на лечебните заведения.

1.2. Концепцията за риск мениджмънт на лечебно заведение в контекста на новите проекции на общественото здраве

Отправна точка в този параграф, ще бъде внасянето на терминологично разясняване, което ще даде повече яснота по отношение на риториката, свързана с оценката на риска и управление на безопасността. Некоректното използване на термините, неизбежно води до неправилно тълкуване, още повече, че термини като „риск”, „заплаха”, „опасност” и т.н. се използват ежедневно по различни поводи. Имено поради тази причина, преди да пристъпим към обсъждане на механизма по оценка на риска, е повече от важно да „дешифрираме“ значението на тези термини и тълкуванието им от различните групи от хора.

Според Директивата Севезо II (Kirchsteiger, 1998), която включва определения на опасност и риск (Министерството на околната среда и водите, 2020), същите следва да имат следното тълкование:

- Опасност – означава присъщо свойство на дадено опасно вещество или физическа ситуация с потенциал за причиняване на вреди/щети върху здравето на човека и/или околната среда.
- Риск – означава вероятността от специфично въздействие, настъпващо в рамките на определен период от време или при определени обстоятелства.

В контекста на втората дефиниция, става ясно, че рискът е сложна и многокомпонентна функция от опасности, свързани с определена система, вероятността една опасност да резултира в нежелано събитие, последиците от това събитие и уязвимостта на изложената на опасност околна среда. Рискът, така както е тълкуван масово от индивидите в обществото, както и приемливостта на определени рискове изглежда, че зависи от редица аспекти, измежду които най-често споменаваните са контрол, страх, знания и доверие.

В действителност е необходимо да се прави разграничение между термините „опасност“ и „риск“. Ако проучим тълкуването на двете понятия в речниците ще се убедим, че опасността често се дефинира като „източник на риск“, докато самият риск се определя като „вероятност от настъпване на нежелани последици“. Логично е в този ред на мисли, опасността да се разглежда и да съществува просто като един източник. Ключова компонента в разбирането за риска от друга страна, разглежда „вероятността“, при която този източник може да се трансформира в реална вреда/щета. От тук следва, че с помощта на подходящи мерки и мероприятия за предпазване, рискът може да бъде редуциран. Следователно може да заключим, че рискът зависи не само от опасността, но и от мерките за предпазване, които се предприемат срещу тази опасност (Kirchsteiger, 1998).

1.2.1. Дефиниране и характеристика на управлението на риска като управленска концепция

Отправна точка в представянето на управлението на риска като част от набора от мениджърското ниво на компетенции е дефинирането му като дейност. Риск мениджмънта обхваща процесите по идентифициране на рисковете, избор на стратегии за превенция (за предпазване и избягване от рисковете) и протекция/защита (активни мероприятия по редуциране на съществуващите опасности), и разработване на план за действие при възникване на извънредни ситуации, особено в случаи, когато рисковете не подлежат на предотвратяване, тоест не могат бъдат избегнати с познатите конвенционални средства.

Какво е управление на риска в здравеопазването?

Управлението на риска в здравеопазването (Dignity Health Global Education (DHGE), n.d.), наричано още „управление на медицинския риск“, е набор от практики, предназначени да гарантират, че дадено медицинско

заведение работи безопасно и в съответствие с финансовите и правителствени разпоредби. Често наричан „управление на риска в предприятието“, тъй като засяга:

- намаляване на грешките чрез култура на осъзнаване на риска;
- предпазва организацията от финансови и правни последици;
- защита на пациентите и персонала от медицински грешки и други вреди.

Друга дефиниция за управление на риска в здравната организация гласи, че това е „идентифицирането, оценката и преценката на риска. В сектора на здравеопазването не е достатъчно само да се докладват инциденти, след като са се случили, въпреки че това е от съществено значение за оценка на рисковете, пред които са изправени. Организациите трябва също така да работят за свеждане до минимум на вредите за здравето на пациентите. Те могат да направят това, като въведат програма за управление на риска, която им позволява да спрат инцидентите, преди да са се случили.“ (Radar Healthcare, 2022).

Особеностите на риск мениджмънта в болниците, разглеждани като негови характеристики, се следните:

- философията му се заключава в гарантиране на непрекъснатост на главните участници в здравния процес – здравния персонал (в това число медицинските и немедицински специалисти и администрация) и пациентите;
- в основата на успешното управление на риска са залегнали детайлизираното изучаване, идентифицирането, опознаването на спецификите, и адекватното и коректно оценяване на рисковете за лечебното заведение;
- далновидното прилагане на риск мениджмънта в лечебните заведения от здравните мениджъри, в перманентна ситуация на

продължителна и все по-задълбочаваща се социално-икономическа, демографска и здравна криза, се явява от ключово значение за трасиране на правилната посоката за устойчиво развитие, повишаване конкурентоспособността и печелившото (като икономически резултати) функциониране на болниците;

- практическите подходи, използвани при анализа на рисковете, идентифицирани в процеса на предоставяне на здравните услуги в болниците, не могат да бъдат обезпечени от съществуващите конвенционални медико-клинични процедури, причина за което се явява техния ограничен обхват. Подходите в болничният риск мениджмънт се базират главно върху детайлно проучване на риска от предотвратими събития и предприемане на набор от действия по превенцията им;

- в болничната система, рисковите събития са вариабилни и са в положение на свързаност с достигнатото ниво на здравеопазване във всяка конкретна държава. Не без основание приемаме, че риск мениджмънтът в здравеопазването е определено по-важен, отколкото в други индустрии и отрасли на икономиката;

- риск мениджмънтът е процес, при който мениджърския екип на лечебното заведение методично изучава потенциалните рискове за организацията с цел – подобряване на качеството на предоставяните болнични продукти и услуги;

- управлението на риска залага на използването на проактивен метод за определяне и управление на рисковете. Въвеждането на логически правилно структурирана и доказано работеща програма за риск мениджмънт в лечебното заведение, способства за предоставянето на здравни грижи без пропуски и допринася към качеството на здравеопазването;

- отговорност на компетентните мениджърски екипи при разгръщане на потенциала на риск базирания подход при управлението, е осъществяването на проверки в лечебните заведения. Отговорностите им във връзка с тях, се свеждат до идентифицирането, оценяването и „дешифрирането“ на рисковете, имащи отношение към качеството на медицинското обслужване, на които са изложени обследваните и оценявани субекти. На тази основа мениджърите следва да предложат екшън план, разглеждан като пакет от мерки, които са пропорционални на интензитета на констатираните рискове.

Нито теоретиците, нито хората в практиката по управление на риска в здравното заведение се съмняват, че е възможно да съществува болница, в която да не се допускат грешки, в следствие от реализирани се рискове. В крайна сметка в тези организации, работят хора, а не машини. Именно поради тази причина, здравният мениджмънт на лечебните заведения имплементира управлението на риска в операциите на цялата организация с ясната визия да създаде информираност относно риска сред всички служители. Очакваният резултат от това действие е инициране на създаването и развитието на трайни умения и особено – култура за предотвратяване на грешки.

Целите на управлението на риска в здравеопазването включват:

- Редуциране на броя на лекарските грешки. В случая става дума за допуснати грешки по повод на извършена хирургическа намеса, сгрешена дозировка на лекарства, погрешно поставена диагноза при диагностициране на онкологично заболяване и т.н. Всеки един от изброените пропуски на лекарите, може да доведе до така наречените сентинелни събития, медицински грешки, които имат за резултат тежки наранявания или смърт. Независимо от факта, че има известно разминаване по отношение на броя на смъртните случаи, дължащи се именно на медицински грешки, основното ударение на

управлението на риска в лечебното заведение се поставя върху въвеждането на протоколи, които предотвратяват и смекчават лекарски грешки.

- Улавяне на близки пропуски

Проследяването на близкия случай е важна част от предотвратяването на медицински грешки. Близките пропуски често са белег, че конкретен процес или процедура не функционират правилно или според очакванията. Посредством проследяване на близки пропуски, мениджърите по риска могат да идентифицират проблемните области и да предприемат преквалификация на персонала или актуализиране на действащите алгоритми на процедурите, за да предотвратят по-нататъшно повторение на трагедия.

- Осигуряване на осведоменост относно риска

Част от управлението на риска в здравеопазването е пряко свързано с обезпечаване на осведоменост за риска. Това се постига чрез стриктно и системно обучение и преквалификация на целия болничен персонал, за да се гарантира, че той разбира и следва точно процедурите. Най-добрите практики включват култура на „липса на вина“ на всички нива, така че всяко събитие, независимо дали е почти пропуснато, или е реализирано събитие, да се превръща в такова, от което може да се извлече поука.

- Предоставяне на приложими данни

Събирането и докладването на основните причини за грешки и неуспехи може да помогне за предотвратяване на бъдещи събития и инциденти. Мениджърите по управление на риска информират лицата, вземащи решения, относно рисковия профил на организацията и отправят препоръки въз основа на актуална информация. Те използват получените данни за прецизиране на протоколите, за да ги направят още по-ефективни за редуциране на риска.

- Ограничаване на последствията

При възникване на медицинска грешка, последствията за здравната организация може да са в широк диапазон – от възникване на правни и дори наказателни последици до негативен медиен отзвук в обществото и нарушаване на публичната репутация. Управлението на риска в здравната организация се стреми на първо място да предотврати медицинските грешки, но ако и когато такива възникнат все пак, мениджърите по риска следва да предложат способи за смекчаване на последствията от тази грешка.

- **Защита на данните на пациента**

Доставчиците на здравни услуги трябва да спазват стриктно закона за защита на личните данни на пациентите. Данните на пациентите могат да бъдат уязвими от кибератаки, особено при широкото използване на електронни здравни досиета. Освен това информацията за здравето на пациентите може да бъде компрометирана, особено когато се използва за научни изследвания, което създава етични и правни проблеми за доставчиците на здравни услуги. Специалистите по управление на риска трябва да са добре запознати с тези потенциални проблеми и последствията за здравната организация от реализирането им, и да създадат протоколи за защита и използване на данните на пациентите.

- **Планиране на бъдещето**

Редица въпроси (голяма част от които все още са без отговори) биха могли да променят начина, по който доставчиците на здравни услуги могат да предоставят грижи на своите пациенти. По-важните са свързани с: 1) грижа, основана на стойността; 2) мерки за здравето на населението; 3) изменението на климата; 4) изкуствен интелект и големия обем от данни; 5) ангажираността на потребителите и т.н.

Мениджърите по управлението на риска в лечебните заведения, следва да вземат в предвид тези текущи и все по-динамични по своята същност

промени, когато се опитват по-добре да разберат и да смекчат рисковете на своята организация. В този ред на мисли, например грижите – базирани на стойността, трансформират начина, по който доставчиците получават реимбурсиране на разходите за грижи, което определено представлява финансов риск. От друга страна изкуственият интелект, макар и провокиращ иновациите и нововъведенията – способстващи за по-голяма прецизност, отчетност и информираност свързана с медицинските изследвания и администрацията на здравеопазването, може да се превърне в заплаха, що се касае до поверителността на личните данни на пациентите.

1.2.2. Еволюция на управлението на риска в здравните предприятия (ERM)

С цел: разширяване на ролята на управлението на риска в цялата организация, болниците и други здравни заведения са възприели холистичен подход, наречен Enterprise Risk Management (Управление на риска в предприятието) (УРП). УРП включва традиционните аспекти на управлението на риска, включително що се касае до безопасността на пациентите и медицинската отговорност, като същевременно ги разширява до по-ново ниво, базирайки се на прилагането на подхода „широка картина“ към риска в цялата организация. Този подход покрива осем рискови области (вж. фиг. 2) (Dignity Health Global Education (DHGE), н.д.):



Източник: ASHRM Enterprise Risk Management: A framework for success

Фигура 2. Управление на риска в здравеопазването 8 рискови области: Оперативна /Безопасност на пациентите/ Стратегическа/ Финансова/ Човешка/ Регулаторна/ Технологична/ Опасности

- *Оперативна област.* Оперативните рискове включват следните категории:

- Недостатъчен персонал: прекомерната работа и умората могат да доведат до грешки, а много медицински грешки могат да бъдат проследени до проблеми с персонала.
- Обучение: правилното обучение е от решаващо значение, за да се гарантира, че персоналят следва протоколите и да се създаде култура на осъзнаване на риска. Неправилно обученият персонал може да бъде източник на проблеми с безопасността.
- Процедури: рискове дебат във всеки аспект на клиничните и административни операции. Управлението на риска оценява ефективността на

текущите процедури и ги актуализира, ако е необходимо, като обхваща всичко от хирургически контролни списъци до процедури за дезинфекция срещу COVID-19.

- *Клинична безопасност и безопасност на пациентите.* Клиничните рискове включват медицински грешки, открити преди нараняване (почти пропуски) и грешки, които причиняват нараняване на пациенти или персонал. Процесите за управление на риска в здравното предприятие са отговорни за осигуряването на безопасността на пациентите чрез предотвратяване на медицински грешки и смекчаване на вредите. Мениджърите на клиничния риск изследват медицински грешки, за да идентифицират първопричините и да установят процеси за предотвратяване на бъдещи събития.

- *Стратегическа.* Стратегическите рискове включват увреждане на марката или репутацията на болница или доставчик или конфликт на интереси, който пречи на организацията да постигне целите си. Мениджърите на риска, които са част от изпълнителния екип, могат да помогнат при идентифицирането на потенциални области на риск и да участват във вземането на стратегически решения по отношение на всички възникнали проблеми. Дори едно съдебно дело може да причини сериозни щети на репутацията на доставчик на здравни услуги.

- *Финансова.* Финансовите рискове включват съдебни разходи за злоупотреби, застрахователни разходи, капиталови разходи и недостатъчни застрахователни възстановявания. За да намалят риска от нарастващи разходи, мениджърите на риска разглеждат общия рисков профил на болница или здравна организация, за да видят как подобряването на безопасността на пациентите може да повлияе положително на финансите. Управлението на корпоративния риск може да включва подобрения, които намаляват броя на паданията, например, което намалява общия риск от съдебни спорове.

- *Човешки капитал.* Наемането, персоналът, трудовите злополуки и други проблеми със заетостта могат да бъдат източник на риск за доставчика на здравни услуги, особено когато недостигът на персонал допринася за медицински грешки. Дейностите по управление на риска в здравеопазването също включват операции по наблюдение, за да се гарантира, че персоналът следва процедурите, разработва протоколи и поддържа актуални необходимото обучение и сертификати.

- *Правна и регулаторна.* Неспазването на законите, регулиращи здравеопазването, може да представлява сериозен риск за финансовото и правното състояние на доставчика на здравно обслужване. Например, неспазването на разпоредбите на Закона за здравното осигуряване или Закона за лечебните заведения, може да забави или предотврати възстановяването на разходите за услуги, причинявайки финансови затруднения. Осигуряването на подходящо лицензиране и акредитация са критична част от отговорностите за управление на риска.

- *Технологична.* Нарастващите случаи на атаки с рансъмуер срещу електронни системи за здравеопазване, представляват сериозен риск за доставчиците на здравни услуги и техните пациенти. Управлението на риска трябва да работи с отделите за информационни технологии (ИТ), за да защити данните на пациентите. Рискът от медицински грешки в резултат на злоупотреба с изключително сложно медицинско диагностично оборудване също може да засегне доставчиците.

- *Опасности, свързани с околната среда и инфраструктурата.* Управлението на съоръженията, биологично опасните материали, ограниченият достъп до лекарства с рецепта, сигурността и друга инфраструктура могат да бъдат източник на рискове, ако не се управляват правилно. Природни бедствия като урагани изискват планиране на евакуация

и резервни източници на енергия. Ръководителите на здравеопазването планират предварително въздействието на изменението на климата върху техните операции, което вече причини екстремни метеорологични явления в някои региони.

Според Американското дружество за управление на риска в здравеопазването (ASHRM), „Управлението на риска на предприятието в здравеопазването насърчава цялостна рамка за вземане на решения за управление на риска, които максимизират защитата и създаването на стойност чрез управление на риска и несигурността и техните връзки с общата стойност”.

Безспорно, от ключово значение за успешното управление на риска в съвременните здравни заведения е професионалното изпълнение на задачата по анализ на рисковете. Добавената стойност за здравната организация от този процес има за резултат (QBrainX, 2022):

- ✓ Предвиждане и смекчаване на въздействието на вредните последици от нежелани събития.

- ✓ Преценка, дали потенциалните рискове на даден проект са балансиращи с ползите от него, за да се подпомогне процесът на вземане на решение дали да се продължи с проекта.

- ✓ Повреда или загуба на оборудване от неблагоприятни събития или планиране на реакциите на технологията.

- ✓ Идентифициране и планиране на промени в работната среда на здравното предприятие, като например възможността за навлизане на нови конкуренти на пазара или промени в правителствената регулаторна политика.

- ✓ Позволява намаляване на рисковете, свързани с проблеми с данните, както и гъвкавост при внедряване и управление на нови

организационни структури, които могат да възникнат в резултат на сливания и придобивания.

Процесът по анализиране на риска, включва следните стъпки (вж. фиг. 3):



Източник: <https://www.qbrainx.com/blog/the-process-and-benefits-of-integrated-risk-management/>

Фигура 3. Процес на анализ на риска

Стъпка 1. Проучване за оценка на риска: първата стъпка в процеса на оценка на риска е да се набере информация от ръководството и ръководителите на отдели. Проучването за оценка на риска спомага и за документирането на конкретни рискове или заплахи във всеки отдел/звено.

Стъпка 2. Идентифициране на потенциалния риск: извършва се оценка на риска, за да се оцени дадена ИТ система или друг аспект на организацията, включително рисковете за софтуера, хардуера, данните и ИТ служителите. Потенциалните негативни събития, като например човешка грешка или

природно бедствие, също са шансове за риск, че целостта на системата ще бъде застрашена.

Стъпка 3. Анализирание и оценка на рисковете: процесът на анализ и оценка на риска трябва да определи вероятността за възникване на всеки риск, както и последствията, свързани с всеки риск, нивото на риска и как те могат да повлияят на стратегията и дейността на организацията.

Стъпка 4. Създаване на план за управление на риска: като се направи анализ на това кои активи са ценни и кои заплахи могат да имат отрицателно въздействие върху тези активи, анализът на риска следва да даде препоръки за контрол, които могат да се използват за прехвърляне, намаляване, приемане или избягване на риска.

Стъпка 5. Изпълнение на плана за управление на риска: мерките на плана за оценка на риска помагат за премахване или намаляване на рисковете. Започвайки с риска с най-висок приоритет, разрешаване или най-малкото намаляване на всеки риск, така че той вече да не представлява заплаха.

Стъпка 6. Мониторинг на рисковете: всеки процес на анализ на риска трябва да включва постоянен процес на идентифициране, управление и отстраняване на рисковете.

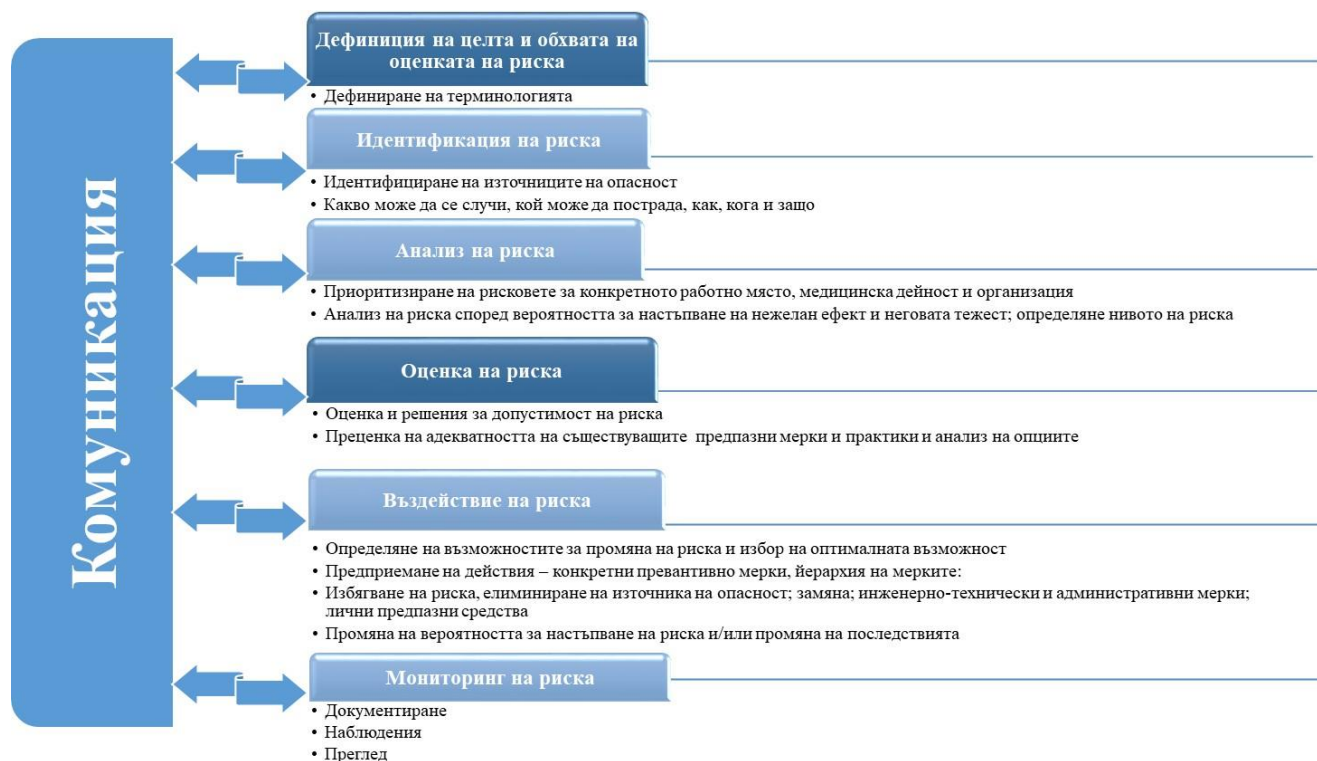
Интегрираната стратегия за управление на риска свързва точките между организационните функции и стратегическите бизнес цели (вж. фиг. 4). Приемането на интегрирана стратегия за управление на риска, вместо подход с ограничен обхват, би могъл да има следните потенциални ползи:

✓ По-широк набор от възможности – вместо да се фокусира единствено върху намаляването на рисковете, интегрираната стратегия за управление на риска има за цел да разгледа пълния набор от възможности, свързани с всеки аспект на бизнес стратегията. Едно по-задълбочено

разглеждане на всеки бизнес резултат може да разкрие възможности за извличане на печалба от потенциалните плюсове.

✓ Подобрения в управлението на риска – помага за създаването на по-точни данни от анализа на риска, което позволява на ръководителите да вземат по-добри решения. Рисковете могат да бъдат идентифицирани и ефективно комуникирани между бизнес и ИТ екипите. Организациите, които използват стратегии, основани на интегрирано управление на риска, ще бъдат по-добре подготвени за справяне с негативни резултати, с планирани подходящи реакции и налични ресурси, и вероятно ще претърпят по-малко финансови загуби.

✓ Компоненти на интегрираното управление на риска: вътрешна среда, идентификация, анализ, оценка на риска, контрол на риска, информация, комуникация, третиране на риска и мониторинг на риска са осемте компонента на Интегрираното управление на риска, които предоставят подробна информация за оценените рискове.



Източник: Цавкова, К. Ролята на оценката на риска в специфичната среда на здравеопазването - <https://mu-plovdiv.bg/wp-content/uploads/2020/10/Красимира-Цанкова.pdf>

Фигура 4. Управление и оценка на риска

✓ Организационна култура, съобразена с риска – по-активна организационна култура се постига чрез възприемане на по-широк, междуведомствен подход към осъзнаването и управлението на риска. Рискът ще се превърне в неразделна част от бизнес стратегията на организациите.

✓ Киберсигурност – тя предпазва от всички видове цифрови кибератаки и защитава системите, мрежите, програмите и приложенията, използвани в болниците.

Потребителите и приложните системи се възползват от интегрираното управление на риска, защото то осигурява точни, проверими и последователни

данни. Добре управляваният процес на интегрирано управление на риска има следната добавена стойност за здравното заведение:

- увеличава достъпа му до капиталовите пазари;
- повишава оперативната му ефективност при намаляване на оперативните разходи;
- показва по-голяма способност за навременна реакция при кризи и бързо възстановяване от тяхното въздействие;
- регистрира по-малко конфликти и по-ниски нива на стрес в организацията;
- повишава удовлетвореността на служителите;
- резултира върху по-висококачествено и своевременно вземане на решения;
- намалява разходите за капитал.

1.2.3. Методи и техники за оценка на риска

Като управленски процес, оценката на риска представлява внимателно и детайлизирано изследване на всички аспекти на работата. Провежда се с цел – установяване на причините предизвикали нараняване, заболяване или вреда, както и да се направи преценка дали фиксираната опасност може да бъде елиминирана, а ако това не може да се случи – какви превантивни мерки следва да бъдат предприети за отстраняване, редуциране и контролиране на риска/рисковете. От първостепенно значение за успешното осъществяване на управлението на риска е при оценката на риска да се спазват две изисквания: това да бъде непрекъснат процес и да се подбере най-подходящия метод за оценка на риска.

В рамките на следващите редове, ще изложим в резюмиран вид най-често използваните и същевременно най-надеждни методи за оценка на риска, с уговорката, че всеки един от тях притежава специфични характеристики по отношение на набирането, анализирането и същинската оценка на риска:

- Анализ на първопричината за възникване на несъответствие (Root Cause Analysis /RCA/) (вж. фиг. 5). Анализът на първопричините е процес на откриване на първопричините за проблемите, с цел намиране на подходящи решения. RCA предполага, че е много по-ефективно систематично да се предотвратяват и решават основните проблеми, вместо просто да се лекуват „ad hoc” симптоми и да се „гасят пожари”.

Основни стъпки за анализ на първопричината



Източник: <https://paramountraining.com.au/root-cause-analysis-techniques/>

Фигура 5. Анализ на първопричината за възникване на несъответствие

- Чек-листи (Risk Control Checklist for Hospitals) (вж. фиг. 6). Този контролен списък е предназначен да помогне на мениджмънта на болницата да оцени рисковете, свързани с отговорността, да повиши безопасността на

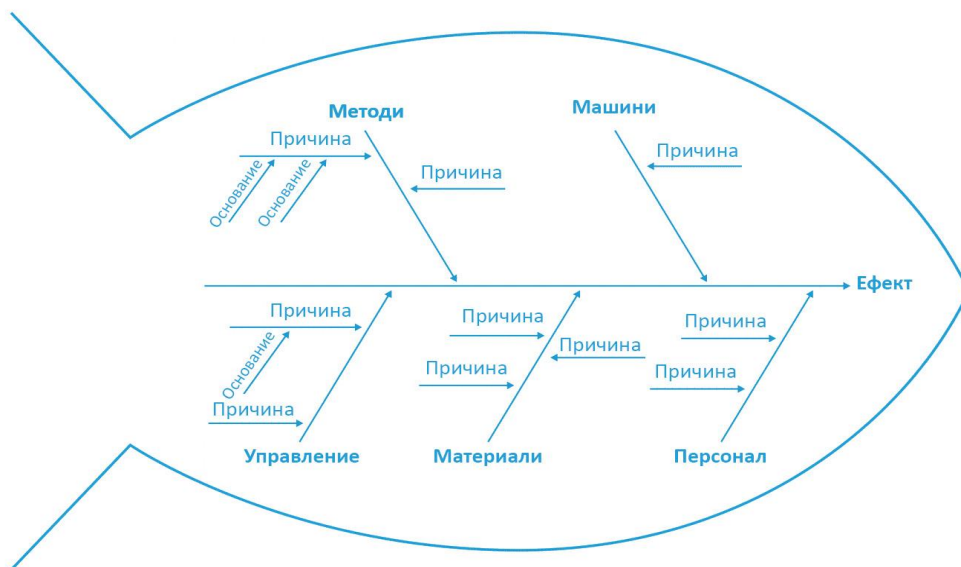
пациентите и да сведе до минимум потенциалните загуби. Макар и да не е изчерпателна, тази самооценка е насочена към много от източниците на риск.



Източник: <https://www.mindgenius.com/project-risk-checklist/>

Фигура 6. *Чек-лист (Risk Control Checklist for Hospitals)*

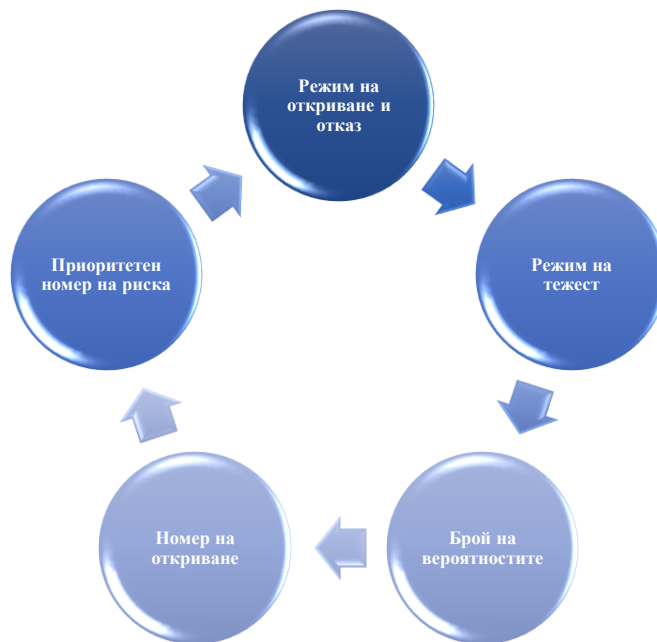
- Причинно-следствена диаграма (Ishikawa Diagram) (вж. фиг. 7).
Диаграмата на Ишикава е диаграма, която показва причините за дадено събитие и често се използва в производството и разработването на продукти, за да очертае различните етапи на процеса, да покаже къде могат да възникнат проблеми с контрола на качеството и да определи – кои ресурси са необходими в определени моменти.



Източник: <https://www.investopedia.com/terms/i/ishikawa-diagram.asp>

Фигура 7. Причинно-следствена диаграма (Ishikawa Diagram)

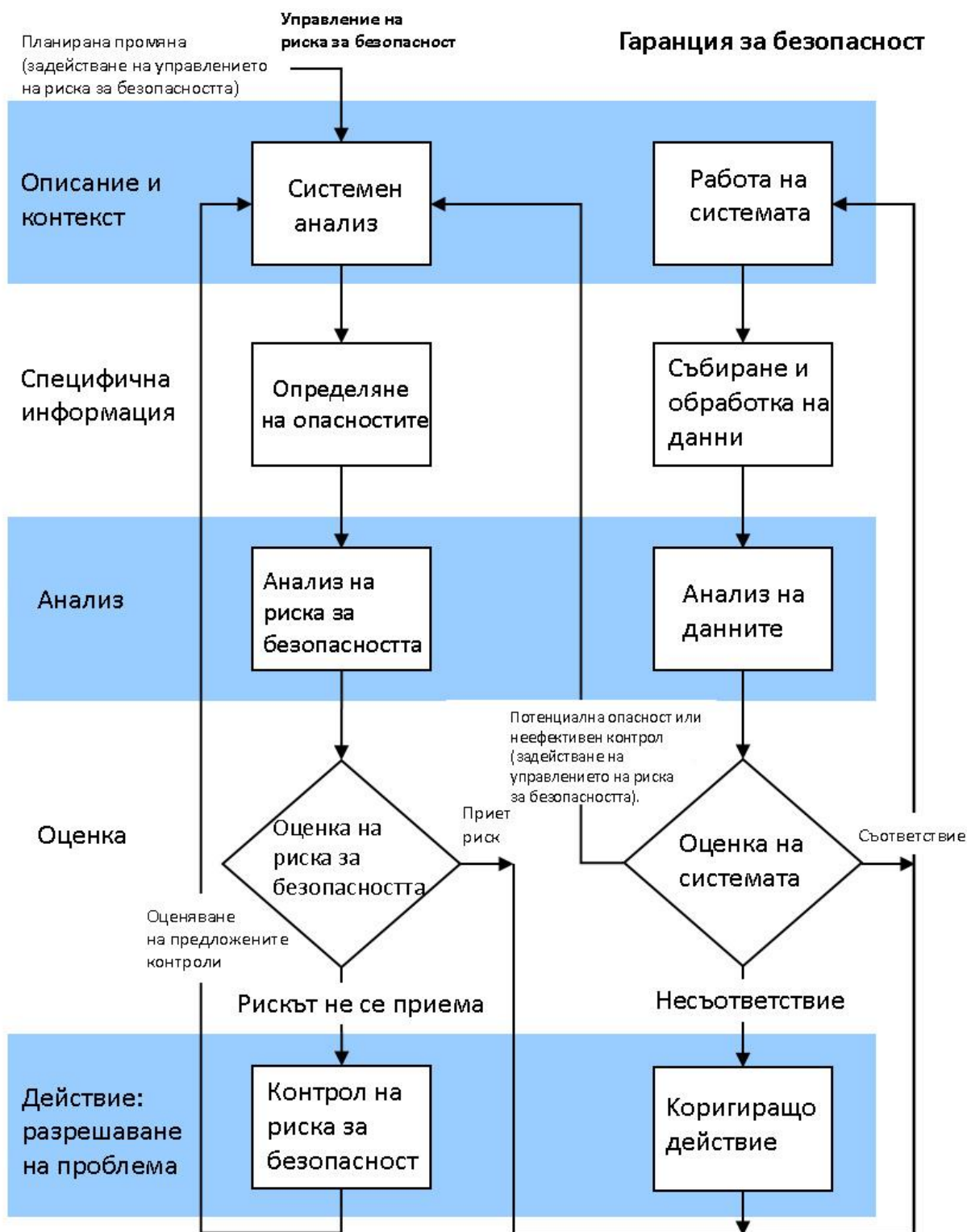
- Методът Анализ на режима и ефекта на отказите (FMEA - Failure Mode and Effect Analysis) (вж. фиг. 8) – вероятност за грешки и анализ на влиянието им. Анализът на начините и последиците от откази (FMEA) е систематичен, проактивен метод за оценка на даден процес, за да се установи къде и как той може да се провали и да се оцени относителното въздействие на различните откази, за да се определят частите от процеса, които се нуждаят от най-голяма промяна.



Източник: <https://gcaptain.com/breaking-fmea/>

Фигура 8. Метод анализ на режима и ефекта на отказите

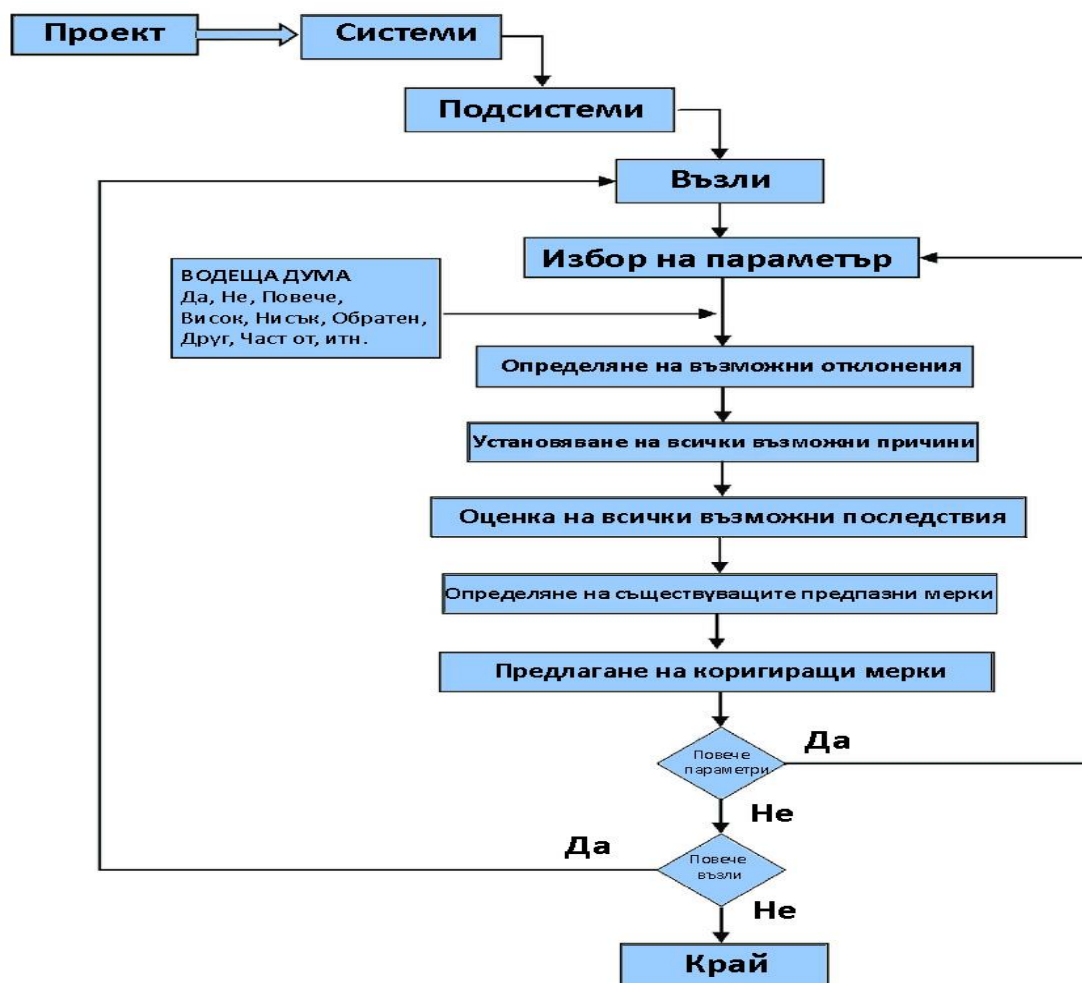
- Система за здравословни и безопасни условия на труд (Occupational Health and Safety Assurance System /OHSAS/) (вж. фиг. 9) - Системата за управление на здравето и безопасността при работа е основна част от стратегията за управление на риска на организацията. Внедряването на СУЗБР дава възможност на организацията да защити своята работна сила и другите лица, които са под неин контрол; да спазва законовите изисквания и да провокира улесняване на непрекъснатото подобряване. Елементите на системата за управление са политика, организиране, планиране и изпълнение, измерване на изпълнението, одит и преглед.



Източник: <https://www.faa.gov/about/initiatives/sms/explained/components>

Фигура 9. Система за здравословни и безопасни условия на труд

- Методът (Hazard and Operability Study /HAZOP/) (вж. фиг. 10) – изследване на опасностите и оперативността. Анализът на опасностите и работоспособността е структурирана и систематична техника за изследване на системите и управление на риска. По-специално, методът често се използва като техника за идентифициране на потенциални опасности в дадена система и за идентифициране на проблеми с оперативността, които могат да доведат до несъответстващи продукти.



Източник:

https://www.researchgate.net/publication/318073564_Risk_analysis_of_a_fuel_storage_terminal_using_HAZOP_and_FTA/figures?lo=1&utm_source=google&utm_medium=organic

Фигура 10. Методът (Hazard and Operability Study /HAZOP/)

- Анализ на опасностите и контрол на критичните точки (Hazard Analysis and Critical Control Points /HACCP/) (вж. фиг. 11) – е система за управление, при която безопасността на продуктите/услугите, се решава чрез анализ и контрол на биологичните, химичните и физичните опасности от производството на суровини, снабдяването и обработката им до производството и дистрибуцията на готовия продукт.



Източник: <https://blog.ucbmsh.org/department/haccp-hazard-analysis-and-critical-control-point>

Фигура 11. Анализ на опасностите и контрол на критичните точки

- Матрица на риска – оценява се степента/ влиянието на риска чрез вероятността да се случи и тежестта на ефекта (последиците) (вж. фиг. 12) - Матрицата за оценка на риска (понякога наричана матрица за контрол на риска) е инструмент, използван на етапа на оценка на риска (например при планиране на проект). Тя идентифицира и улавя вероятността за възникване

на рисковете по проекта и оценява потенциалните щети или прекъсвания, причинени от тези рискове.

Таблица за оценка на риска

		Сериозност				
		Незначителен	Малък	Среден	Значителен	Тежък
Вероятност	Твърде вероятно	Средно нисък	Среден	Средно висок	Висок	Висок
	Вероятно	Нисък	Средно нисък	Среден	Средно висок	Висок
	Възможно	Нисък	Средно нисък	Среден	Средно висок	Средно висок
	Малко вероятно	Нисък	Средно нисък	Средно нисък	Среден	Средно висок
	Твърде малко вероятно	Нисък	Нисък	Средно нисък	Среден	Среден

Източник: <https://riskpal.com/risk-assessment-matrices/>

Фигура 12. Матрица на риска

1.2.4. Създаване, изпълнение и мониторинг на план за управление на риска в лечебното заведение

Следващата стъпка от управлението на риска в здравеопазването, на която трябва да се обърне сериозно внимание след като сме извършили оценката на риска, е създаването на ефективен план за управлението му. Създаването на план за управление на риска е жизненоважно за благосъстоянието на всяка здравна организация. Разработването на план изисква и неговата непрекъсната актуализация, предвид динамиката на промените във вътрешната и външната за организацията среда, които имат за резултат и организационни промени. В някои случаи, рисковете са неизбежни, но ако има разработен план за управление на риска, то благодарение на него, ще се сведе до минимум опасността, която може да възникне по време на неблагоприятно събитие за пациентите, персонала и организация като цяло. В извънредна ситуация е много по-лесно да се следва план, отколкото да се

правят импровизации. За тази цел трябва да се обърне сериозно внимание на няколко важни фактора, които биха повлияли на неговото успешно прилагане. Ключови в тази връзка се явяват:

✓ Цели – всеки служител на здравната организация без изключение (а не само мениджърския екип), следва да е запознат в детайли и да е наясно с целта и логиката на приложението на плана за управление на риска. Целите (били те редуциране на броя на нежеланите събития или повишаване на безопасността на пациентите) трябва да бъдат ясно и точно формулирани, за да може да се измери напредъка по изпълнението на конкретния план.

✓ Образование/обучение – същите, приложени по отношение на служителите от всяко ниво, имат спомагателен ефект, т.к. познаването на спецификите на плана за управление на риска от всички в здравната организация, би могло да гарантира спазването на вътешните правила и на законовите изисквания. В случая не става дума само за стандартните обучения, провеждания на новопостъпилите служители, а за текущо обучение, годишни обучения и обучения, свързани със специфични за организацията събития, съответстващи на внезапни и новопоявили се рискове или технологични иновации, изискващи такива.

✓ Оплаквания на пациенти/семейства – мениджмънта на всяко лечебно заведение, трябва да е сигурен, че служителите му разбират как правилно да документират оплакванията на пациентите и семейството, като част от плана за управлението на риска. Това трябва да включва запис на жалбата, времето за отговор, адекватността и целесъобразността на отговора на персонала и предприетите действия във всяка конкретна ситуация.

✓ Подготовка за извънредни ситуации – персоналят на всяка здравна организация трябва да бъде подготвен за мащабни спешни случаи като част от своя план за управление на риска. Всички членове на екипа трябва да са

обучени как да реагират и кои протоколи да задействат при природни и предизвикани от човека бедствия като бури, пожари, пандемии, загуба на електрозахранване, загуба на комуникации, терористични атаки или други подобни, предварително идентифицирани като рискове.

✓ Докладване/отговор – планът за управление на риска трябва да включва задължителни изисквания за докладване. В планът трябва ясно да е разписана процедурата за докладване на събитието и формата на документиране на отговора на организацията и отговорните лица.

✓ Смекчаване на риска – от изключително значение е здравната организация да се поучи от ситуацията. Нейният план за управление на риска на лечебното заведение следва да очертае своя собствена система за реагиране и сценарии с намерения как ще продължи, след като приключи въздействието на риска. В този ред на мисли, са важни да се планират подобрения, така че въпросната организация да не допуска повтаряне на същите рискове и още повече на грешки, водещи до неуспехи за нея.

✓ Мониторингът и прегледа на прилагането и ефективността на новата политика за управление на риска също са от решаващо значение. След като една здравна организация проучи основните причини, обхвата, потенциалната тежест и останалите параметри на риска/рисковете, се приема, че тя може да управлява риска. Независимо от този факт, трябва да се докладват периодично за ефективността на този план. Това ще помогне на както на мениджмънта, така и на служителите да знаят, че се прави всичко, за да се запази тяхната здравна организация в безопасност.

Управлението на риска се явява жизненоважна част от всеки бизнес, особено в здравеопазването. Това не само оказва влияние върху безопасността на служителите, но също така засяга ефективността и репутацията на бизнес единицата.

1.3. Приложение на Риск мениджмънта в условията на пандемия от COVID-19

На 30 януари 2020 г., Световната здравна организация информира за болест, причинена от коронавирус SARS-CoV2 и за спешна ситуация в областта на общественото здравеопазване (Световна здравна организация, 2020), а на 11 март 2020 г., обяви глобална пандемия от COVID-19 (EU Програма „ЕС в подкрепа на здравето“ (2021—2027 г.) — визия за подобряване на здравето в Европейския съюз, 2021) (причинена от въпросния коронавирус). Причината за този акт от една страна беше експоненциалното увеличаване на броя на регистрираните случаи със симптоми на COVID-19 и свързаното с него остро и тежко притичащо респираторно заболяване, а от друга – слабото познаване на инфекцията, на начините за нейното разпространение, а от тук и невъзможността за предприемането на адекватни и най-вече бързи действия. Времето, необходимо за проектирането и изграждане на капацитет за реакция срещу тази безпрецедентна криза, предприемането на коткретни превантивни мерки, свързани с ваксинацията и имунизацията, одобряването и апробирането на програми за засилен надзор, организирането на обмяна на здравна информация и създаването на платформи за споделяне на най-добри практики, се оказа достатъчно да пренатовари до краен предел голяма част от здравните системи в страните по света. В резултат от него се стигна до генерирането на безпрецедентна световна здравна криза, имаща за резултат – значими социално-икономически последици и човешки страдания. Най-уязвими групи от COVID-19 се оказаха възрастните лица, хората с хронични заболявания, болните, професионалистите – полагащи грижи или предоставящи социални и здравни услуги, които се превърнаха в средно до много тежките случаи на болестта, и които се нуждаеха от средна и интензивна медицинска грижа.

В този ред на мисли, като особено критична и рискова от инфектиране с COVID-19 група са всички работещи в лечебните заведения, и особено категорията на здравните професионалисти, които изпълняваха едновременно двойна роля: по оказване на необходимата грижа за пациенти със съмнение или потвърден COVID-19 и по овладяване на разпространението на заболяването. Функциите и задачите, които същите следваше да изпълняват са пряко свързани с превантивните мерки, предприети от държавата, посредством действащата национална здравна система, за по-нататъшното разпространение на болестта. Именно това изложи здравните работници на по-голям риск (особено онези на първа линия), пряко кореспондиращ с упражняваната от тях професия и в контекста на гражданският им дълг за защита на обществото. Последният изискваше демонстриране на „критична готовност и реакция, която включва информация, процедури и инструменти, необходими за безопасна и ефективна работа на здравните работници и управлението на здравните заведения“ (Световна здравна организация, 2020). Поради естеството на заболяването, всички работещи в лечебните заведения, независимо от позицията (управленска, изпълнителска и т.н.) бяха под ударите на психологически дистрес, умора, професионален бърнаут или стигма. Именно това провокира мениджмънта на тези лечебни заведения да прибегне до задействане на протоколите от програмата за управление на риска, което в случая с пандемията от COVID-19, имаше своите специфики и особености, най-малко поради факта, че на науката ѝ трябваше време за да посочи правилният и адекватен отговор на повсеместно надвисналата опасност.

1.3.1. Обща рамка на организационните изисквания за предоставяне на качествено медицинско обслужване в лечебно заведение

В основата на гаранцията за предоставяне на качествено медицинско обслужване, респективно – здравна услуга в кое да е лечебно заведение, от ключово значение се явява изпълнението на комбинацията между следните пет основни изисквания: подбор на квалифицирани трудови ресурси; наличието на безопасен сграден фонд; гаранатиране на безопасно използване на медикаменти, осигуряването на оборудване и технологии; изграждане на информационна система; обезпечаването на финансов ресурс, който се използва за подобряване на качеството“ (World Health Organization, OECD, and International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 2019). Приписването на характеристиката „качествена“ (разбирана като „степенна, в която здравните услуги за населението увеличават вероятността за получаване на желаните здравни резултати и са съвместими с настоящите професионални добри практики (Busse, 2019)), на коя да е здравна услуга, кореспондира не само със самата услуга предоставяна на пациентите, но както виждаме от цитираната дефиниция на Института по медицина Institute of Medicine (IOM), има пряко отношение и към управлението и организацията на лечебното заведение. Нещо повече, от IOM (US) Committee on Quality of Health Care in America, обобщават, че за да подобрят резултатите от функционирането си, здравните организации (в това число и лечебните заведения) следва да се придържат към следният списък, включващ шест характеристики на работата (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, 2001):

1) **Безопасност** – избягване на наранявания на пациентите от грижите, които са предназначени да им помогнат.

2) **Ефективност** – предоставяне на услуги, основани на научни познания, на всички, които биха могли да се възползват от тях, и въздържане

от предоставяне на услуги на тези, които нямат вероятност да се възползват от тях (избягване на недостатъчна и прекомерна употреба).

3) **Ориентираност към пациента** – предоставяне на грижи, които зачитат и отговарят на индивидуалните предпочитания, нужди и ценности на пациентите, и гарантиране, че ценностите на пациентите ръководят всички клинични решения.

4) **Навременност** – намаляване на чакането и понякога вредните забавяния както за тези, които получават, така и за тези, които предоставят грижи.

5) **Ефикасност** – избягване на разхищенията, по-специално разхищенията на ресурси, оборудване, консумативи, идеи и енергия.

6) **Справедливост** – предоставяне на грижи, които не се различават по качество поради лични характеристики като пол, етническа принадлежност, географско местоположение и социално-икономически статус.

Обезпечаването на качествени и най-вече безопасни медицински услуги в условия на пандемия се оказва истинско предизвикателство за всяка една здравна система (Braithwaite, 2021). В тази връзка Световната здравна организация препоръчва придържането към План, състоящ се от 10 точки, включващ основните системи за качество по време на COVID-19 (Braithwaite, 2021).

Таблица 1.

План на Световната здравна организация (СЗО) за основни системи за качество по време на COVID-19

№	Препоръки на СЗО
1	Приспособяване на механизмите за управление и координация в подкрепа на навременното действия
2	Определяне на приоритети за основни здравни услуги и адаптиране към променящите се условия и нужди
3	Оптимизиране на условията и платформите за предоставяне на услуги
4	Създаване на безопасен и ефективен поток от пациенти на всички нива
5	Бързо оптимизиране на капацитета на здравната работна сила
6	Поддържане на наличността на основни медикаменти, оборудване и консумативи
7	Финансиране на общественото здравеопазване и премахване на финансовите пречки пред достъпа
8	Укрепване на комуникационните стратегии в подкрепа на подходящото използването на основни услуги
9	Засилване на мониторинга на основните здравни услуги
10	Използване на цифрови платформи в подкрепа на предоставянето на основни здравни услуги

Източник: <https://academic.oup.com/ijcoms/article/1/1/lyab003/6315990?login=false>

В началото на пандемията, липсата на достатъчно информация и продължителния процес на опознаване на инфекцията, нейното неконтролируемо разпространение и екстремното влошаване на ситуацията, не позволиха прилагането на проактивни действия от страна на висшия мениджмънт на националните здравни системи. Вместо това отговорът на същия, бе по-скоро и до известна степен налучкващ и хаотичен, и не на последно място – първично противодействащ, тоест с характера на първична ответна реакция (или по-скоро рефлексия), но при отсъствието на специфичните в подобни ситуации – подобаващи системни отговори. Този факт, логично се превърна в причина, обявяването на пандемията от COVID-19 от една страна да провокира разкриването на съществуващите слабости и

дефекти (Гладилов, 2009) в редица области на здравната система, а от друга – активира мениджмънта на болничните заведения в посока – апробиране на собствените действащи планове за управление на рисковете.

1.3.2. Практически решения при Управление на риска в лечебните заведения по време на пандемията от COVID-19

Пандемията от COVID-19 потвърди ролята и важността от разработването и внедряването на планове за управление на рисковете, в това число и от пандемични. Базирайки се на прилагането на всички основни принципи на управлението на риска, лечебните заведения (и здравните организации като цяло) получиха шанс да докажат, че могат да се справят с пандемията COVID-19, свеждайки до минимум трайните негативни последици. За онези болници, които разполагаха със стабилна програма за управление на риска в организацията, изготвена от риск мениджмънта това се оказва рутинна дейност, тъй като корпоративното им съзнание, вече е било насочено към управлението на риска, но за онези които нямаха такива или подценяват и формализират до голяма степен приложението им, пандемията се превърна в реална криза. Що се отнася до последните, те не представляват научен интерес и предмет на настоящото изследване, и поради тази причина по-сериозно внимание заслужават лечебните заведения, които са инвестирали (финансови средства, време за подготовка, ресурси на организацията и т.н.) и развиват собствени програми за управление на риска. Тези болници, следваха по-долу описаният алгоритъм, базиран на изложените вече принципи, което им помогна да преминат през тази криза. Най-общото представяне на посоченият алгоритъм включва следните стъпки (етапи) (Ontario Nonprofit Network, 2020):

1. Идентифициране на собствените организационни рискове.

Както вече нееднократно посочихме, лечебните заведения използват управлението на риска, образно казано за да „предвидят непредвидимото“. За да се ориентират в рисковете (и възможностите), свързани с пандемията, от първостепенна важност беше първо да се определят какви са тези рискове. Всъщност изключителните обстоятелства около COVID-19 може да са активизирали появата на рискове, които все още не са били вземани в предвид от риск мениджмънта, или пък са придали на опознатите и идентифицирани по-рано от риск мениджмънта рискове – ново усещане за спешност. Какъвто и да е случаят, преди да се предприемат каквито и да било действия и да се тръгне в каквата и да е посока, следва да отдели оперативно време, за да се каталогизират рисковете, с които болничната организация може да се сблъска през периода на пандемията (който може да бъде с неустановена продължителност месец - шест месеца-година/и). За да се постигне най-висока ефективност на този процес, лечебните заведения предприеха действия в следния порядък:

- ✓ разгледаха всички видове рискове – включително оперативни, стратегически, финансови и репутационни;
- ✓ набраха нужната информация от всички нива на служителите и от голям кръг заинтересовани страни (клиенти, доставчици и др.) относно пропуски в идентифицирането на рискове, които риск мениджмънта може да е пропуснал или не е взел под внимание (или просто е подценил техния потенциал);
- ✓ разгледаха други организации в конкретната страна и в чужбина и помислиха с какво се сблъскват те, изхождайки от предположението, че рискове за сходните организации в тези страни може да са същите като техните или, че може би споменатите рискове биха могли да създадат рискове за

самите лечебни заведения – надолу по веригата (както междувпрочем стана с веригите за доставки).

Колкото по-задълбочено, аналитично и сериозно се отнесат към тази първа стъпка, преди да продължат напред, толкова по-често риск мениджърите се връщат към нея през следващата година (две, пет, т.е. колкото продължи пандемията от COVID-19) за да може да осъществят актуализиране на рисковият си профил с напредването на развитието света, особено в тези динамични, трудно предвидими и безпрецедентни като развитие времена.

2. Проявяване на организационна гъвкавост.

За съжаление пандемията от COVID-19 постави под въпрос всичко, което е било планирано на индивидуално и най-вече на колективно ниво. Докато тече период на ориентиране към едно ново нормално състояние, съществуващите и действащи планове, които всяка здрава организация е имала до вчера, вече не са подходящи, осъществими или реалистични, днес. За риск мениджмънта, това не означава непременно отказ от цялата си програма за управление на риска, а точно обратното – би следвало да се върне към ценностите на организацията си и да се предефинира начина, по който същите ще бъдат реализирани. Организационният дискомфорт, в следствие от разразилата се пандемия е гарантиран, но точно в този момент е необходимо да се демонстрира „висш пивотаж“, разглеждан като навигиране през този период с нужната степен на организационна гъвкавост и разбиране. Мениджмънтът, носещ отговорността по управление на риска (а и не само той, а и всички в лечебното заведение) следваше да демонстрират креативност по отношение на подхода си към движението напред, вслушвайки се в това, което искат и от което се нуждаят заинтересованите страни, и като резултат от това да се обмисли как може, организацията да постъпи, за да запълните празнотите/пропуските.

3. Мисленето за хората от персонала като за първостепенна задача на мениджмънта

Безспорно, гръбнакът на всяка организация се крие в нейните служители. По време на пандемията от COVID-19, последните са извънредно стресирани, уморени, натоварени, уплашени и заети. Организационните рискове, свързани с неправилното управление на служители в този момент, можеха да бъдат значителни (здравословни и безопасни, финансови, репутационни, правни, оперативни и т.н.). В тази връзка, като неотложна задача в рамките на тази трета стъпка, бе необходимо мениджмънта на лечебното заведение да се обърне към персонала си. Хората обикновено имаха нужда от привидно прости неща – да се чувстват изслушани, да могат да се доверят и да получат информацията, от която се нуждаят. В тази връзка, рискмениджмънтът на всяко лечебно заведение, информираше служителите си, че разполага с план за управление на риска (ПУР), план за непрекъснатост на дейността и план за действие при кризи, и отдели достатъчно време за да направи разяснителна кампания, какво включва всеки един от тези планове и как ще се развива, като същевременно апелираха за тяхното дейно участие и принос в осъществяването им. Планът за управление на риска в здравните организации работеше, защото насърчаваше и разчиташе на цялостен подход към идентифицирането, анализа, оценката и третирането на риска. Въпреки че като главна предпоставка и на първо място, той да трябваше да бъде напълно одобрен и подкрепен от висшия мениджмънт, за да успее, той трябваше да включва цялата организация. ПУР също така насърчаваше честата комуникация между всички нива на организацията, което от своя страна води до по-голяма прозрачност и доверие в колектива. Преминаването през тази пандемия потвърждава, че няма по-малко и повече важни служители – от шофьорите на ленийки, през чистачките, медицинските сестри и санитарите

до здравните специалисти – лекари от топ ниво – всички са еднакво важни за организацията. В този ред на мисли мениджмънта на болниците помисли как може да улесните дните им, за да могат да им помогнат физически и психически. Независимо дали ставаше въпрос за въвеждане на гъвкаво работно време или осигуряването на допълнителна индивидуална защита, всичко започваше с това да ги попитат от какво се нуждаят, за да вършат работата си през това време.

4. Идеята за непрекъсваемост на бизнеса

Целта на идеята за недопускане на прекъсваемостта на бизнеса е да се гарантира, че бизнесът на лечебното заведение е в състояние да оцелее дори и при критичен инцидент. Тя се заключава в изпълнението на поредица от планове, прилагани на отделни етапи, за да се съкрати времето за възстановяване и да се смекчи въздействието им (Gowling WLG, 2020). Ситуацията на пандемия от COVID-19 беше най-подходящ момент да се оцени въздействието на риск, при това с подобни мащаби, върху всяка здравна организация (като този процес включва едновременно поглед от вътре и от вън).

Вътрешният поглед от своя страна, включваше идентифициране на критичните за бизнеса функции, оборудване и служители и определяне на начина, мястото и лицата, от които се предоставят критичните услуги. Имаше възможност да се обмисли временното преустановяване на определени аспекти на работата, за да се намали възможността от излагане на риск, да се подходи сериозно към идеята за социалното дистанциране и да се намалят ненужните парични разходи. Риск мениджмънта се увери, че внимателно следи наличността, здравето и безопасността на своите служители. И тъй като всички хора са изложени на риск да бъдат лично засегнати от COVID-19, трябваше да се разработи план за непрекъсваемост за всички критични за

бизнеса служители, който можеше лесно да се задейства, ако те изпаднат в неразположение и невъзможност да изпълняват своите задачи. Веригата на подаване на управленски сигнали трябваше да бъде ясно определена, а за всички критични функции, трябваше да бъдат въведени заместници и определени лица.

Външният поглед от друг страна изискваше детайлизиран анализ на веригата за доставки и изготвянето на оценка на възможните рискове, пред които бяха изправени продавачите, производителите, доставчиците, дистрибуторите, купувачите и всички организации и заинтересовани страни, с които си взаимодействаше лечебното заведение, и на които то разчиташе.

На фона на правителствените ограничения и категоричните инструкции „да си останем у дома“, използването на технологиите беше изключително важен за отработване момент, за редица фирми, институции и организации (в това число и всички със здравна насоченост). Повечето от тях успяха да мобилизират инфраструктурата си в подкрепа на работата от разстояние, с уточнението, че това става там, където е възможно и приложимо. За да бъде увеличена производителността и да намалеят прекъсванията, на служителите беше осигурен необходимия хардуер, софтуер, оборудване и интернет връзка, за да работят безопасно и ефективно от дома. За да стане факт това, предварително трябваше да бъде изпълнено едно важно условие – тестване на действащата ИТ инфраструктурата, което да гарантира, че ще може да се поддържа повишеното натоварване от значителната част от екипа на лечебното заведение, работеща от дома.

Утвърждаването на „новото нормално“ състояние създаде необходимост от нови организационни политики и процедури. От технологична гледна точка, светът на дистанционната работа значително увеличи риска от кибератаки и фишинг. Служителите трябваше да са наясно с тези рискове и да

бъдат обучени на новите политики, отнасящи се до използването на технологии и трансферирането на информация и средства.

Важно решение в контекста на стъпката „непрекъсваемост на бизнеса“ беше да се обмисли план за вътрешна и външна комуникация. Актуализациите му, следваше да бъдат свеждани на вниманието на заинтересованите страни в реално време, а не постфактум. Ситуацията непрекъснато се развиваше и беше необходимо да се прилагат подходящи мерки, така че комуникацията да може да се разпространява незабавно.

5. Консултиране със съветници

Периодът на пандемията от COVID-19 беше на практика моментът, в който всички трябва да работят заедно. Важно организационно решение беше обмислянето на възможността да се обърнат към:

Външен консултант по управление на риска, който с опита и професионализма си можеше да помогне в идентифицирането, анализирането, оценяването и третирането на организационните рискове във всяко лечебно заведение. При липсата на план за непрекъсваемост на дейността, управление на инциденти, управление на риска или кризисен план, или ако тези, които са налични, но не сработиха, беше важно да се потърси експертен съвет за преглед, подобряване, създаване или прилагане.

Юридически съветник можеше да помогне здравната организация да се ориентира по-бързо и адекватно в новото и бързо променящо се законодателство, за да съдейства при управлението на своевременно възникнали проблеми, свързани със здравето и безопасността, служителите, нормативната уредба, основните услуги на болницата, застраховките, пътуванията и договорите, и т.н.

Застрахователен брокер, който можеше да помогне с разясняването на настоящите (сключени) застрахователни полици и да посъветва мениджмънта

на здравната организация дали тя има покритие, срещу какви точно рискове, което може да ѝ помогне, и как това може стане факт, при обективна необходимост.

Финансови консултанти, с които можеше да бъдат обсъдени кои финансови стимули, заеми, правителствени програми, отсрочки и т.н. са на разположение на лечебното заведение и как то можеше да получи достъп до тях.

Специалисти по психично здраве, които в случай на нужда, а и като чисто превантивна мярка, можеше да консултират персонала на лечебното заведение, ако се нуждае от подкрепа в всички критични моменти. Намирането на начин да им се предостави подобен род подкрепа може да се окаже безценно за всички в здравната организация.

6. Съхраняване на организационната репутация

Последна и често подценявана стъпка, особено в състояние на пандемия, беше идеята за съхраняване на репутацията. Именно пандемията от COVID-19 даде шанс на хората и организациите, да отчетат подобряване на репутация си на база адекватността на техните реакции и ефективността и ефикасността на действията им станали обществено достояние.

За онези здравни организации (а такива реално съществуват), които гледаха недалновидно на пандемията, като определиха високи цени или трупаха печалба върху страховете на хората, дългосрочното отрицателно въздействие върху репутацията може да надхвърли краткосрочните ползи извлечени от тях.

В крайна сметка ключът към успеха на всяка здравна организация се заключаваше в запазването и развиването на ценностите и на тази основа – заемете на по-висока позиция, което категорично можем да твърдим, им донесе дивиденди в дългосрочен план.

Изводи към глава първа

В обобщение на изложението в Глава първа, могат да бъдат направени следните изводи:

✓ Следвайки възприетата здравна политика и изпълнявайки приоритетите на националната здравна стратегия, ролята на болниците е да допълват и повишават ефективността на много други части на здравната система, осигурявайки непрекъсната наличност на услуги за остри и сложни състояния. Те са проектирани да концентрират оскъдните ресурси в рамките на добре планирани мрежи за насочване, за да отговорят максимално ефективно на здравните нужди на населението на всяка страна. В този ред на мисли, болниците се явяват ключов елемент от универсалното здравно покритие и имат решаващо значение за постигането на целите за устойчиво развитие.

✓ Болницата е система с различни компоненти, които са интегрирани с обща цел за постигане на набор от цели. Качественото изпълнение на всички болнични услуги зависи в изключителна степен от успешното сътрудничество и установената координация между различните компоненти в болничната система. При все, че отделните подсистеми на лечебните заведения имат специфични цели за осигуряване най-добрата грижа за пациентите, в своята цялост те са подчинени на визията за съвременните болници като изключително сложни, социални, икономически и научни организации, чиято главна функция е да предоставят всеобхватни здравни услуги.

✓ Управлението на риска в здравеопазването включва клинични и административни системи, процеси и доклади, използвани за откриване, наблюдение, оценка, смекчаване и предотвратяване на рискове. Използвайки управлението на риска, здравните организации

проактивно и систематично защитават безопасността на пациентите, както и активите на организацията, пазарния дял, акредитацията, нивата на възстановяване на разходите, стойността на марката и репутацията в общността.

✓ *Риск мениджмънта обхваща процесите по идентифициране на рисковете, избор на стратегии за превенция (за предпазване и избягване от рисковете) и протекция/защита (активни мероприятия по редуциране на съществуващите опасности), и разработване на план за действие при възникване на извънредни ситуации, особено в случаи, когато рисковете не подлежат на предотвратяване, тоест не могат бъдат избегнати с познатите конвенционални средства.*

✓ *Нито теоретиките, нито хората в практиката по управление на риска в здравното заведение се съмняват, че е възможно да съществува болница, в която да не се допускат грешки, в следствие от реализирали се рискове. В крайна сметка в тези организации, работят хора, а не машини. Именно поради тази причина, здравният мениджмънт на лечебните заведения имплементира управлението на риска в операциите на цялата организация с ясната визия да създаде информираност относно риска сред всички служители. Очакваният резултат от това действие е инициране на създаването и развитие на трайни умения и особено култура за предотвратяване на грешки.*

✓ *В началото на пандемията, липсата на достатъчно информация и продължителния процес на опознаване на инфекцията, нейното неконтролируемо разпространение и екстремното влошаване на ситуацията, не позволиха прилагането на проактивни действия от страна на висшия мениджмънт на националните здравни системи. Вместо това отговорът на същия, бе по-скоро и до известна степен*

налучкващ и хаотичен, и не на последно място – първично противодействащ, тоест с характера на първична ответна реакция (или по-скоро рефлексия), но при отсъствието на специфичните в подобни ситуации – подобаващи системни отговори. Този факт, логично се превърна в причина, обявяването на пандемията от COVID-19 от една страна да провокира разкриването на съществуващите слабости и дефекти в редица области на здравната система, а от друга – активира мениджмънта на болничните заведения в посока – апробиране на собствените, действащи планове за управление на рисковете.

ГЛАВА ВТОРА. ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНСКИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ В Р БЪЛГАРИЯ В УСЛОВИЯ НА ПАНДЕМИЯ ОТ COVID-19

2.1. Състояние на болничната медицинска помощ у нас

Лечебната помощ има за цел опазване здравето на населението и съдейства за създаване на благоприятни условия за хармонично физическо и духовно развитие, за дълготраен активен живот на гражданите, както и за подобряване възпроизводството на населението. Тя се оказва от правоспособни медицински специалисти и се организира от лечебни заведения (ЛЗ) по Закона за здравето (ЗЗ) и Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ). Понятието ЛЗ се изяснява в чл. 2 от ЗЛЗ (Закон за лечебните заведения, 2019). Това са обособени структури на функционален принцип, в които лекари или лекари по дентална медицина самостоятелно или с помощта на други медицински и немедицински специалисти, осъществяват всички или някои от следните дейности:

- диагностика, лечение и рехабилитация на болни;
- наблюдение на бременни жени и оказване на родилна помощ;
- наблюдение на хронично болни и застрашени от заболяване лица;
- профилактика на болести и ранно откриване на заболявания;
- мерки за укрепване и опазване на здравето;
- трансплантация на органи, тъкани и клетки.

Лечебното заведение трябва да изпълнява поне една от посочените дейности, а също като допълнителни дейности – обучение на студенти или следдипломно обучение на медицински специалисти и научна дейност. То се създава и преобразува от Министерския съвет по предложение на Министъра

на здравеопазването. Лечебното заведение за болнична помощ е заведение, в което с помощта на други специалисти и помощен персонал се извършват всички или някои от следните дейности:

- диагностика и лечение на заболявания, когато лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболнична помощ;

- родилна помощ;

- рехабилитация;

- диагностика и консултации, поискани от лекар или лекар по дентална медицина от други лечебни заведения като трансплантация на органи, тъкани и клетки; вземане, съхраняване, снабдяване с кръв и кръвни съставки, трансфузионен надзор; диспансеризация;

- медико-козметични услуги;

- клинични изпитвания на лекарства и медицинска апаратура;

- учебна и научна дейност.

ЛЗ са равнопоставени и имат равни права и задължения като изпълнители на здравни услуги и са задължени да се съобразяват в работата си с правилата за добра медицинска практика и стандартите на лечение. Те са длъжни да спазват професионалната тайна и правата на пациента. Лечебната дейност се осъществява от физически лица – лекари и лекари по дентална медицина.

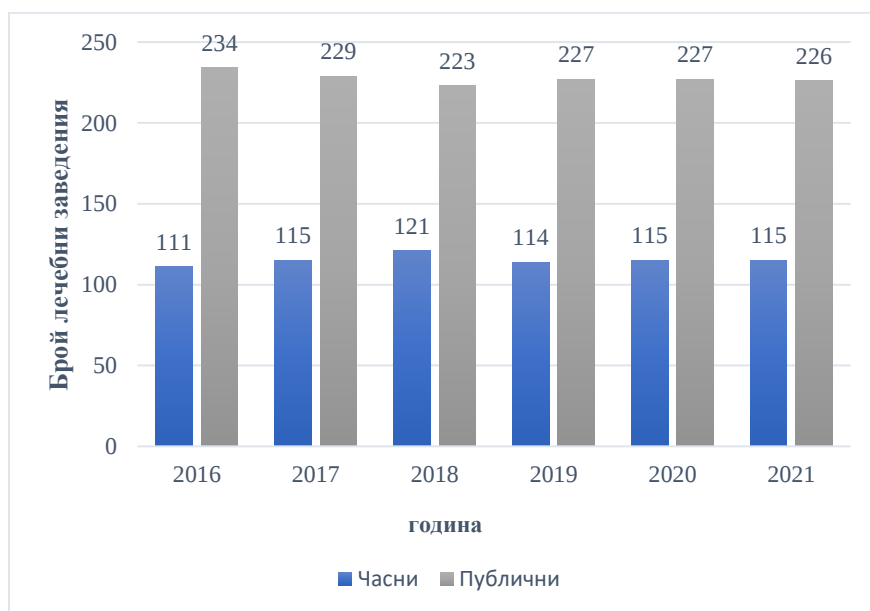
Съгласно българското законодателство, у нас съществуват три основни вида лечебни заведения, които в зависимост от собствеността върху имуществото им могат да бъдат: публични (в т.ч. държавни и общински) и частни.

Публичните лечебни заведения (държавни или общински), са с 50 % или повече % от капитала – държавна или общинска собственост. Държавните

лечебни заведения се създават от Министерския съвет и получават средства за дейността си от Републиканския бюджет. Тяхната работа се регламентира с правилници, които издава Министър на здравеопазването и Министерския съвет. Общинските ЛЗ се създават от общините и функционират със средства – преимуществено общинска собственост. Те могат да бъдат заведения за болнична помощ и диспансери.

Частните ЛЗ се създават от физически или юридически лица – притежаващи повече от 50% от капитала. Тяхното правно положение, както посочихме по-горе се определя от Търговския закон (ТЗ) и Закона за кооперациите (ЗК).

Независимо от собствеността, всички ЛЗ подлежат на контрол.



Източник: Национален статистически институт <https://www.nsi.bg/>

Фигура 13. Болници в България по вид за периода 2016 – 2021 год.

В периода 2016-2021 година, броят на публичните лечебни заведения се редуцира от 234 в началото на периода на 226 броя в неговия край.

Тенденцията при частните лечебни заведения е в обратна посока спрямо тази на публичните лечебни заведения – в началото на периода те са 111, докато в неговия край те са вече 115 на брой (вж. фиг. №13).

Юридическият статут на лечебните заведения у нас, обуславя до голяма степен спецификите и особеностите в управлението им, като най-често държавните и общинските лечебни заведения – еднолични акционерни дружества, имат едностепенна система на управление (Закон за лечебните заведения, 2018). Друг вид юридически статут на лечебните заведения са търговски дружества регистрирани като ООД, ЕООД, КД, СД, или кооперации.

В зависимост от мястото и формата на предоставяната медицинска помощ, ЛЗ са за извънболнична и болнична помощ.

От своя страна, лечебните заведения за болничната помощ са:

- болница за активно лечение;
- болница за долекуване и продължително лечение;
- болница за рехабилитация;
- болница за долекуване, продължително лечение и рехабилитация.

Действащата нормативна уредба (Закон за лечебните заведения, 2018), регламентира като основни източници за финансиране на дейността на лечебните заведения в България:

- Националната здравноосигурителна каса;
- държавният и общинските бюджети;
- застрахователи, лицензирани по раздел II, буква "А", т. 2 или т. 1 и 2 от приложение № 1 към Кодекса за застраховането;
- местни и чуждестранни юридически и физически лица.

В законодателните текстове (Закон за лечебните заведения, 2018), е дефинирано, че приходите на лечебното заведение се формират чрез постъпления от:

- договори за оказана медицинска помощ;
- директни плащания от физически и юридически лица, както и по чл. 37, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване;
- възстановяване на направени разходи от трета страна;
- целеви субсидии от държавния бюджет, когато това е предвидено със Закона за държавния бюджет;
- целеви субсидии от общинските бюджети, когато това е предвидено в тях;
- отдаване под наем на оборудване, помещения и площи съгласно действащото законодателство;
- дарения, завещания, помощи и други източници.

В тази връзка, най-значимият дял за формиране на приходите на всяко лечебно заведение, ключова роля играят сключените договори за оказана медицинска помощ с НЗОК, респективно РЗОК в съответната административна област на държавата. За тази цел се прилага метода за остойностяване на болничната помощ – клиничните пътеки (КП), които са служат освен за финансиране, но също така и за упражняване на медицински контрол от страна на НЗОК към изпълнителите на медицинска помощ. Съгласно разпоредбите на чл. 59, ал. 1 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО) договорите за оказване на медицинска помощ, а от там и за финансиране, се сключват между директора на РЗОК и изпълнителите на медицинска помощ, в съответствие с действащия Национален рамков договор между (НРД), в който страни са НЗОК, Българския лекарски съюз (БЛС) и Българския зъболекарски съюз (БЗС). Съгласно действащото законодателство (Закон за

лечебните заведения, 2018), съществува възможност, съгласно която „държавата и общините могат да финансират лечебни заведения за изпълнение на национални, регионални и общински здравни програми и проекти, както и за извършване на определени видове лечебна дейност, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, въз основа на договор.“ Отново в същият нормативен акт, правно е регламентирана възможността държавата да може да предоставя субсидии само на „учредени от общините и/или държавата лечебни заведения за болнична помощ за дейността им на адреси в населени места в труднодостъпни и/или отдалечени райони, в рамките на средствата, предвидени в бюджета на Министерството на здравеопазването за съответната календарна година“. Въпросното субсидиране на учредени от общините лечебни заведения за болнична помощ, се осъществява по предложение от страна на Националното сдружение на общините в Република България, като критериите и редът за определяне на лечебните заведения и за предоставяне на посочените субсидии се определят със специално създадена за тази цел наредба.

Съгласно Закона за здравното осигуряване, освен задължително, здравното осигуряване може да бъде и доброволно. Последното от своя страна представлява „извършва въз основа на договор за медицинска застраховка по смисъла на глава четиридесета, раздел IV от Кодекса за застраховането“ (Закон за здравното осигуряване, 1998). Дейността по доброволно здравно осигуряване може да осъществяват застрахователните акционерни дружества, лицензирани по видовете застраховки (по т. 2 или по т. 1 и 2 от раздел II, буква "А" на приложение № 1 към Кодекса за застраховането). Същите все още не са алтернатива и конкуренция на НЗОК, по отношение на формирането на приходната част на лечебните заведения, но се забелязва тенденция в повишаване на интерес към тях – регистриран е ръст на сключените

медицински застраховки, особено след обявяването на пандемията от COVID-19 (Нинов & Нинова, 2021).

Лечебните заведения за болнична помощ могат да бъдат финансирани и посредством директни плащания. Тук влизат плащания най-често под формата на потребителски такси, медикаменти и консумативи, заплащани от осигурените в НЗОК лица-пациенти, които същата не покрива). Съгласно Закона за здравното осигуряване (Закон за здравното осигуряване, 1998) „за всяко посещение при лекаря или при лекаря по дентална медицина, както и за всеки ден болнично лечение, но не повече от 10 дни годишно, лицата по чл. 33 заплащат на лекаря, на лекаря по дентална медицина или на лечебното заведение суми, определени с постановление на Министерския съвет.“ Други директни плащания пряко кореспондират със заплащането на цени, формирани от болницата и заплатени от неосигурени пациенти. В тази група приходи на лечебните заведения следва да бъдат добавени и онези плащания от осигурените лица, в случаи, когато се касае за оказване, респективно получаване на медицинската помощ, която е извън обхвата на чл. 45 от Закона за здравното осигуряване и договореното в националния рамков договор, но при съблюдаване за спазване на изискването, тя да е в рамките на не повече от 10 на сто от легловия фонд (Закон за лечебните заведения, 2018).

Останалите възможности на лечебните заведения за набавяне на допълнителни приходи като например – таксите за едноцентрови и многоцентрови клинични изпитания, отдаване под наем на помещения и площи – собственост на лечебните заведения, съгласно действащото законодателство; дарения, завещания и други източници и т.н., са с незначителен дял.

При съпоставяне на публичните и частните лечебни заведения ще констатираме, че главната прилика във финансирането се заключава в това, че

и двете групи лечебни заведения у нас, формират основната част от своите финансови приходи, въз основа на договорите с НЗОК за изпълнение на медицинска помощ. Освен това, като друга съществена прилика може да фиксираме тяхната равнопоставеност. Последната се тълкува по следният начин: независимо от вида собственост – всяко лечебно заведение на територията на страната, функционира напълно свободно и съгласно законово установените норми. Не на последно място, трябва да посочим, че лечебните заведения у нас не могат да извършват търговски сделки, освен онези, пряко свързани с нуждите на осъществяването от тях медицински дейности, както и за обслужване на пациентите. Важен момент, който заслужава внимание, е че лечебните заведения имат право и възможност да формират печалба.

Що се касае до разликите, то същите се състоят във факта, че е допустимо публичните болници да получават средства и субсидии от републиканския и общинските бюджети. Частните болници са лишени от това право и инвестицията за изграждане и поддръжка е за собствена сметка (формира се от собствени приходи). Друга ключова разлика е свързана със съществуващото задължение за провеждане на обществени поръчки, което има задължителен характер само за лечебните заведения – публична собственост, но не касае частните лечебни заведения (Закон за обществените поръчки, 2016) (Бозукова & Шарков, 2022). Частните болници у нас, не попадат в обхвата на Наредба 5 от 17.06.2019 г., имаща отношение към прилаганите стандарти за финансова дейност в държавните и общинските лечебни заведения за болнична помощ, както и в комплексните онкологични центрове.

Болницата е многофункционален технологичен и особено сложен комплекс, а поради това е най-характерното заведение в здравната система. Необходимостта от болнична стратегия и политика за управление на

болницата, произтича от обективните условия и тенденции в нейната вътрешна и заобикалящата я външна среда. В структурата на болницата се включват: клиники и/или отделения с легла, интензивни и реанимационни помещения, операционни зали, медико-диагностични и медико-технически лаборатории и кабинети, отделения без легла, манипулационни зали, болнична аптека, консултативни кабинети, звена за административни, стопански и обслужващи дейности.

Болниците могат да бъдат многопрофилни или специализирани, когато имат най-малко четири отделения и клиники по различни медицински специалности, оказващи медицинска помощ по основна специалност или по една или повече профилни специалности. Университетски болници са многопрофилни или специализирани болници, определени от Министерския съвет, в които се осъществяват дейности по:

- клинично обучение на студенти и докторанти по медицина, дентална медицина и фармация;
- клинично обучение по здравни грижи, както и на студенти от всички видове медицински колежи;
- следдипломно обучение на лекари, лекари по дентална медицина, фармацевти, специалисти по здравни грижи и лица, завършили медицински колеж.

Мисията на болниците е предлагане и предоставяне на достъпна, висококачествена и висококвалифицирана медицинска помощ – медицинска помощ в обхват, качество и обем, които трябва да задоволяват потребностите от болнична помощ и високоспециализирани дейности и изследвания на населението; медицинска помощ, която е насочена към възстановяване и укрепване на здравето на населението, към снижаване на смъртността и повишаване качеството на живот на населението на България. Факторите на

здравната политика могат да стимулират нейното развитие за изпълняване на нейната мисия и овладяване на нейните цели (Министерство на финансите, 2019).

Възможни са и такива фактори, които по своята обективна природа силно затрудняват формирането на целесъобразна и ефективна здравна политика:

- исторически обусловени фактори;
- природно – географски фактори;
- икономически и политически фактори;
- социални фактори и развитие на „човешкия капитал“;
- инфраструктурни фактори;
- здравни фактори.

Цялостната дейност на болницата е пряко свързана с реализирането на здравната политика на територията на държавата и утвърждаване на водещо място чрез:

- медицинска апаратура, оборудване и технологии, осигуряващи постигане на високи качествени стандарти в болничната помощ;
- екипи от високоспециализирани специалисти и подготвен медицински и помощен персонал;
- взаимодействие с държавните структури, прилагащи националната здравна политика и със структурите, осигуряващи извънболничната помощ в региона;

- разработване и въвеждане на съвременни системи и методи за обслужване на потребителите на медицински услуги;
- развитие на база и ресурси за участие в медицинската наука и обучението на студенти, специализанти и докторанти.

Преди 34 години, през 1989 г., броят на болниците в България беше приблизително 220, в това число санаториуми и диспансери. По препоръка на Световната банка техният брой трябваше да бъде оптимизиран между 60-100 (Бележки по политиката на здравния сектор, 2013).

В края на 2021 година, Националният статистически институт отчита 341 лечебни заведения за болнична помощ, разполагащи с общо 54 491 броя легла (вж табл. 2). Що се касае до високият брой болници – 4,4 болници на 100 000 жители (при 2,7 болници на 100 000 жители средно за ЕС), то главната причина за неефикасността на болничната система би могла да се търси във високия общ брой на болничните легла и неефективната структура на болничните легла, при това с превес на леглата за активно лечение и ниска осигуреност с легла за дългосрочна грижа.

Таблица 2.

Легла в лечебните и здравни заведения в България в периода 2018-2021 год.

Години	2018			2019			2020			2021		
Вид лечебно заведение	Общо	Публични	Частни	Общо	Публични	Частни	Общо	Публични	Частни	Общо	Публични	Частни
	Легла	Легла	Легла	Легла	Легла	Легла	Легла	Легла	Легла	Легла	Легла	Легла
Лечебни заведения за болнична помощ - общо	53173	40176	12997	53997	40611	13386	54216	40417	13799	54491	40099	14392
Многопрофилни болници	37489	28163	9326	38249	28525	9724	38256	28157	10099	38418	27765	10653
Специализирани болници	13438	9767	3671	13527	9865	3662	13735	10035	3700	13828	10089	3739
Центрове за кожно-венерически заболявания	50	50	-	30	30	-	30	30	-	30	30	-
Комплексни онкологични центрове	1174	1174	-	1169	1169	-	1185	1185	-	1193	1193	-
Центрове за психично здраве	1022	1022	-	1022	1022	-	1010	1010	-	1022	1022	-
Лечебни заведения за извънболнична помощ - общо	1253	349	904	1223	333	890	1296	349	947	1285	329	956
Диагностично-консултативни центрове	307	140	167	299	148	151	309	143	166	291	126	165
Медицински центрове	884	207	677	844	181	663	912	202	710	929	201	728
Дентални центрове	4	2	2	9	4	5	8	4	4	6	2	4
Медико-дентални центрове	58	-	58	71	-	71	67	-	67	59	-	59
Самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Други лечебни и здравни заведения	2086	1084	1002	1914	984	930	1 935	866	1069	1939	725	1214
в това число хосписи	1175	175	1000	1103	175	928	1 220	153	1067	1325	115	1210

Източник: Национален статистически институт -

<https://www.nsi.bg/bg/content/3310/лечебни-и-здравни-заведения-на-3112>

Статистиката за леглата в лечебните заведения за болнична помощ (вж. табл. 2) у нас сочи, че се падат по 6 болнични легла на 1000 души, като съотношението в ЕС е средно 4,2 болнични легла на 1000 души от населението. Докато през 2010 г. в България има налични 48 934 болнични легла, то през 2016 г. техният брой вече е 51 816, през 2018 година същия наброява 53 173 болнични легла, то през 2021 г. леглата вече са 54 491, тоест имаме трайна тенденция на нарастване на броя на болничните легла, основно продиктувана от откриването и функционирането на нови болнични заведения, както и ситуацията с пандемията от COVID-19. У нас осигуреността на населението с

болнични легла е относително висока спрямо останалите европейски държави, които имат добре развита здравна система.

За това колко и какъв е профила на посочените болници, следва да направим един кратък, но съдържателен преглед, а именно:

- Университетските болници в страната са почти 40, тоест на всеки медицински факултет у нас се падат по 6 университетски болници (Лечебни здравни заведения по статистически райони и области, 2019) .

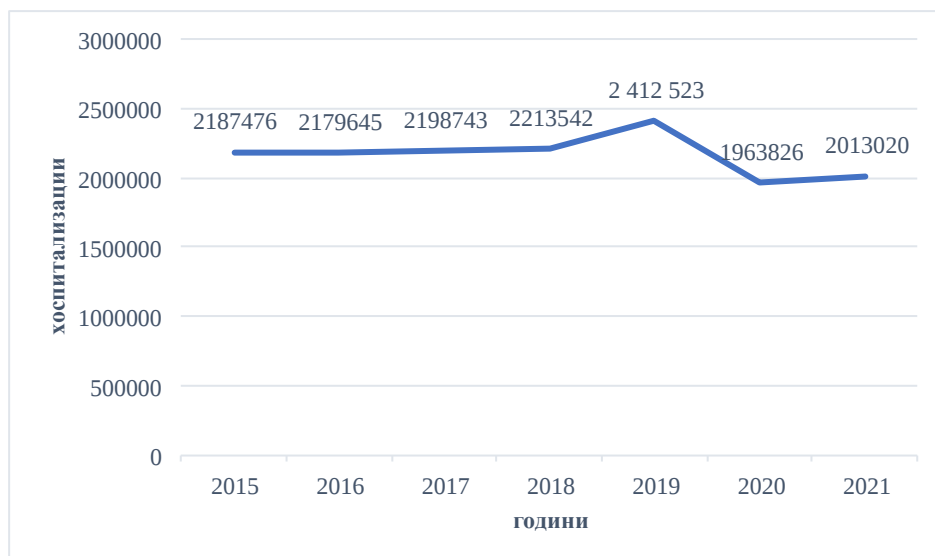
Дефиниция за „университетска болница” все още не е разписана в нито един държавен нормативен документ. Световната практика сочи, че университетската болница по медицина (разглеждана като болница, която има претенция да служи за учебна база на студенти, докторанти и специализанти, и в която се извършва научна дейност) принадлежи на медицински университет (Закон за лечебните заведения, 2019). Сред причините за големият брой университетски болници у нас може да се търси логически в действащите критерии, по силата на които се придобива въпросния статут. Занижените критерии за покриване и твърде общи и „леки“, според здравните експерти, което на практика позволява лесно получаване на статут на университетска болница от болници, които нямат принос в учебната и научна дейности, но се ползват от привилегиите и предимствата, произтичащи от това. Университетските болници би следвало да се управляват изцяло от медицинските университети, което е добре познат в практиката на развитите страни модел, но техният брой драстично следва да бъде редуциран.

Броят на областните болници у нас е 26 (Лечебни здравни заведения по статистически райони и области, 2019). Те са държавна собственост и заедно с университетските болници се считат за основния гръбнак на държавната здравеопазна система. Като цяло, финансовите им резултати обаче определено будят тревога. През 2017 г., същите имат общи задължения над 200 млн. лв.,

като сумата на просрочените е 57 млн. лв. Голяма част от тях имат нарушена инфраструктура, остаряло оборудване и недостиг на квалифициран персонал (Отчет на болниците до 30 септември, 2019). Повече от необходимо е отпускането на ежегодна целева субсидия от страна на държавата с цел – поддържане на техния сграден фонд, за стопански и комунални разходи, както и за изграждане на нови кабинети, отделения, клиники, лаборатории и други.

Броят на общинските болници в България е 121 (Лечебни здравни заведения по статистически райони и области, 2019).

Към тях следва да се прибавят и 7 комплексни онкологични центрове (КОЦ), 9 специализирани фтизиатрични болници, 12 центъра за психично здраве, 5 центъра за кожно-венерически заболявания. През общинските болници, за преглед и лечение се обслужват приблизително 2 млн. пациенти годишно, което на практика представлява 1/5 от потърсилите медицинска помощ (вж. табл. 3). Проблемите на този вид лечебни заведения се заключават в: гарантирана и достатъчна по размер субсидия от държавата; трудното изпълнение на завишените стандарти за функциониране (в т.ч. определен брой лекари, медицински сестри, апаратура и други); регулярно изплащане от страна на Националната здравноосигурителна каса на извършената надлимитната дейност; увеличаване на стойността на клиничните пътеки и т.н.

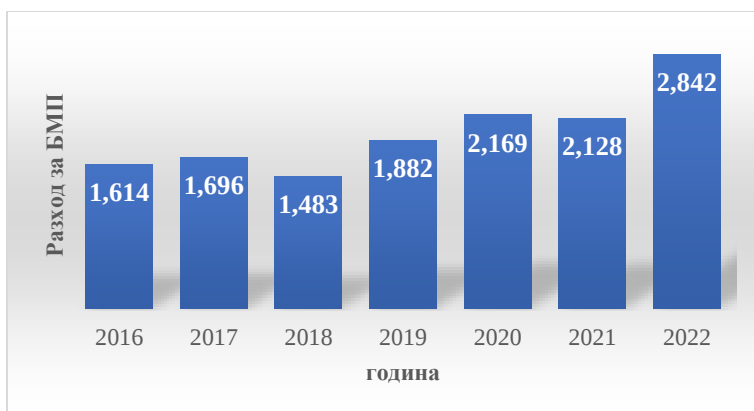


Източник: Национален център по общественото здраве и анализи

https://ncpha.government.bg/uploads/statistics/annual/Year_22/health_webB22_5.pdf

Фигура 14. Брой хоспитализирани пациенти през периода 2015 – 2021 год.

Разходите за болнична медицинска помощ (вж. фиг. 15) на практика представляват половината от всички разходи за здравноосигурителни плащания. Все още не са въведени обаче съвременните показатели за измерване на ефективността на здравните дейности, които отчитат както извършените разходи, така и получените ползи за пациентите. Това представлява и основният проблем в управлението на здравноосигурителната система в нашата страна. Разкриването на нови частни лечебни заведения за болнична помощ, извършващи високотехнологични дейности, до голяма степен преразпределя пазарните дялове на участниците в този сектор и определя различията в регионалното развитие.



Източник: Национален център по общественото здраве и анализи

<http://ncphp.government.bg/index.php?lang=bg>

Фигура 15. Разход за болнична медицинска помощ през периода 2016 – 2022 г.

(в млрд. лв.)

При анализа на състоянието на националната система за здравеопазване могат да се набележат следните основни проблеми в болничния сектор:

- тенденцията на непрекъснато увеличаване и големия брой на лечебните заведения за болнична помощ, в т.ч. на болничните легла, през последните десет години – предимно в частния сектор от националната система на здравеопазването;
- утвърдили се модел на финансиране на болничната помощ чрез типово заплащане за всеки хоспитализиран пациент по клинични пътеки без да се отчитат спецификите на случая – квалификацията на медицинския екип, тежестта на случая, обема и нивото на оказваната болнична помощ;
- приемане на пациенти по социални индикации или без индикации за активно болнично лечение;

- рехоспитализация на пациенти по различни КП още в деня на дехоспитализация или на следващия ден, въпреки, че са изписани “с подобрение”;
- отчитане на пациенти по различни КП, като фиктивно се изписват и отново се приемат, вместо да се консултират или да се превеждат в други отделения;
- изписване на пациенти, лечението на които не може да бъде довършено, поради липса на условия и те се насочват в друга болница, при което се отчитат две клинични пътеки;
- липса на нормативен и финансово – икономически инструментариум за стимулиране на извънболничното лечение – диагностично-лечебни процедури, които е допустимо да бъдат осъществявани в условията на амбулаторна или еднодневна хирургия;
- трайната тенденция на задържане на високи нива на броя на хоспитализираните лица и обема на болничната помощ, като следствие от утвърдения модел за финансиране и обема от дейности, включени в съдържанието на клиничните пътеки;
- голяма част от лечебните заведения за болнична помощ (особено общинските и държавните) изпълняват неприсъщи функции, като грижи за терминални пациенти, дългосрочни медицински грижи и твърде продължителна рехабилитация;
- противно на икономическата логика и принципи на пазарно поведение големите държавни болници са принудени да изпълняват буферни

функции за осигуряване на спешността и нерентабилните случаи, които не се поемат от по-малките общински и частните болнични структури;

- генериране на неоправдани разходи поради комбинация от няколко неблагоприятни момента: изискване за минимален болничен престой за всички случаи по дадена КП, ниска използваемост на легловия фонд, изключително неефективен мениджмънт, неефективен финансов и административен контрол върху относително самостоятелните структурни звена в големите болници;

- липса на работещ механизъм за ограничаване на разходите на държавните лечебни заведения в съответствие с получаваните приходи, поради което техните „мениджъри“ изразходват повече, очаквайки допълнителни средства от държавния бюджет - редовна практика през недалечното минало бе преразходите в държавните лечебни заведения да бъдат погасявани с бюджетни средства. Това състояние на системата създава възможност за нецелесъобразни действия и не стимулира управленските умения;

- стремежът на непреструктурираните лечебни заведения да поддържат екстензивно развити структури, неадекватно на действителните потребности на населението от болнична помощ по отделните медицински специалности, от активно болнично лечение и от долекуване;

- контролира се предимно воденето на медицинската документация, а не действителното качество на болничната помощ и нейната ефективност и ефикасност, макар че в някои болници историите на заболяване се водят “като по учебник” и е много трудно да се докажат нарушения в лечебния процес и необосновани хоспитализации;

- насочване на усилията на контролните органи към еднотипни нарушения, свързани с оформянето на документацията;
- запазване или незначителни промени в изискванията за вход, изход и алгоритъм на КП през срока на действие на няколко последователни НРД, което предполага познаване и спазване на тези изисквания от изпълнителите на болнична медицинска помощ;
- във все повече ЛЗ за БМП работят подготвени бивши кадри от структурите на РЗОК (НЗОК), което допълнително усложнява възможностите за ефективност на контрола, поради допускането на все по-малко документални нарушения от страна на изпълнителите.

В контекста на по-горе посочените проблеми, можем да идентифицираме и слабите страни на двата основни вида болнични лечебни заведения, разгледани по признака собственост.

1) Слабите страни на държавните болници са:

- слаби функции на приемно-консултативен блок – липсва мотивация за работа в приемно-консултативните кабинети;
- занижено качество на обслужване и силно чувство на неудовлетвореност при пациентите, преминаващи през спешните кабинети на лечебното заведение;
- лоши материални условия до липсващи в голяма част от клиниките (Клиника по Ортопедия и травматология, Клиника по Физиотерапия и рехабилитация, Клиника по Неврохирургия, Клиника по Кардиохирургия, Клиника по коремна и висцерална хирургия, Клиника по Гръдна хирургия, Клиника по Съдова хирургия, Лаборатория по микробиология и паразитология, и др.);

- лошо техническо състояние на част от апаратите за образна диагностика (компютър-томографи, конвенционални рентгенови апарати, електро-регистриращи апарати и др.);
- липса на медицинска апаратура или използването на застаряла такава е от особено важно значение за качеството на диагностиката и лечението;
- изоставане в използването на съвременни медицински технологии – „ин витро” процедури, неинвазивни и микроинвазивни хирургически интервенции и др.;
- ограничени средства, предвидени за посещения на семинари, конференции, симпозиуми и форуми за квалификация на медицинския персонал;
- недостатъчен административен капацитет в административно-стопанските звена и диагностично-лечебните звена;
- лошо структурирана интегрирана болнична информационна система, която да обедини на модулен принцип дейността на всички структури на лечебното заведение с цел проследяване на данните, вкл. приход и разход на пациенти в реално време;
- неритмично или забавено финансиране на дейността на лечебното заведение от основния източник на средства – бюджета на НЗОК води до затруднено обслужване на дълговете, социално напрежение сред персонала, липса на стимул за работа на медицинските специалисти, трудности във финансово-икономическите прогнози на мениджърския екип;
- “отрязване” на някои клинични пътеки от държавния бюджет, води до закриване на клиники и отделения и невъзможност да се разгърне потенциала на болницата;

- липсват алтернативни източници (държавния бюджет, открити оперативни програми на европейски и международни фондове, кредитни институции и др.) за финансиране на капиталови вложения;
- изключително слаба мотивация на медицинските сестри, акушерки, лаборанти, оказваща влияние върху качеството на здравните и социалните грижи и вниманието към пациента;
- ниско финансово възнаграждение на лекарите, медицинските сестри и останалия медицински персонал;
- агресивната маркетингова политика, която водят по-малките и компактни частни болници, отклонява клинично леките случаи, свързани с по-малки разходи;
- държавните болници си запазват ролята на социална структура и „буфер” на здравеопазването, които посрещат най-тежките клинични случаи;
- базовите възможности на повечето клинични и параклинични звена, осигурени към момента с персонал, помещения и медицинска техника, не позволяват на лечебните заведения да отговарят реално на нуждите на здравноосигурените лица;
- базата на приемно-консултативните блокове, не се използва рационално, а може да даде възможности за увеличаване на потока от болни;
- ниски участия на лечебните заведения в оперативни програми на Европейски съюз, по които може да се компенсира недостатъчното финансиране на инвестиционните намерения на същите.

2) Слабите страни на частните болници са:

- поддържането на добра материална база на клиниките и отделенията, често изисква доплащане от здравноосигурените лица за битови условия, както и за използването на по-модерна медицинска апаратура;

- често консултациите от медицински специалисти са свързани със заплащане на по-висока такса, сравнение със същата категория специалисти, но в държавния сектор;

- частната структура има значително по-завишен контрол упражняван от страна на МЗ, НЗОК, РЗОК, РЗИ, Изпълнителна агенция Медицински одит, ИАЛ, Министерски съвет, Главна инспекция по труда и др.;

- високата конкуренция в частните структури е от значение за привличането и задържането на медицинския персонал.

В заключение, трябва да посочим, че здравноосигурителната система в България следва да се доизгради върху принципите, залегнали в най-добрите примери от европейската и световната практика в тази сфера, които да бъдат обобщени в цялостната концепция за развитие на здравеопазването. Болничния мениджмънт е сфера на непрекъснати промени в последните над 20 години. Промени настъпват в начина на финансиране, появяват се нови изисквания към управлението на болницата, навлизат модерни технологии в отчитането и реализирането на медицинската и административната дейност, акцентът се измества върху все по-активната работа по проекти. Все повече са и предизвикателствата, свързани с намирането и задържането на подходящ персонал, запазване на доброто име сред пациентите, задоволяване на нарастващите нужди и изисквания на обществото. За да се отстранят част от проблемите в болничния сектор трябва да има по-стриктен анализ на:

- интензитета и структурата на заболяемостта, която е обект на диагностика и лечение в болниците, разпределена по региони, възрастови групи и „клинични пътеки“;

- потребностите от диагностични изследвания с висока степен на точност, каквито болниците могат да покрият със своите диагностични технологии;
- потребностите от оперативни методи на лечение и преди всичко от такива от областта на хирургичните специалности;
- възможностите за професионално развитие и по-добра компетентност на медицинските специалисти, които създават условия да не се допуска отлив на специалисти;
- по-широк спектър от диагностично-лечебни дейности по всички основни медицински специалности;
- възможности за въвеждане на нови и съвременни медицински технологии в диагностиката и лечението с оглед високата професионална компетентност на медицинския персонал;
- предвиждане на повече бюджетни средства за посещения на семинари, конференции, симпозиуми и форуми за квалификация на медицинския персонал;
- право и възможност за здравословен избор – нова стратегия за въздействие върху здравните детерминанти – здравно образование в училищата, здравна промоция, социална подкрепа, програми за профилактика и ранно откриване на заболяванията, гарантиран достъп до здравна информация;
- право на собствен достъп до здравни услуги – гарантиране на достъпа до адекватно лечение според нуждата на всеки български гражданин и справедливо участие на всеки в осигуряване на разходите за тези услуги;

- универсално покритие на населението – включване на всеки гражданин в системата на здравеопазване, гарантиране получаването на подходящо лечение и здравни грижи за всеки, който има нужда от тях;
- конкуренция – създаване на подходяща среда за формиране на реално функциониращ пазар на доставчици и осигурителни институции в сектора на здравеопазване;
- свобода на избор на доставчик на медицински услуги – осигуряване правото на пациента да избира лечебно заведение или лекар според собствените си предпочитания;
- ефективност и отчетност – постигане на максимални здравни резултати за обществото при определено равнище на ресурсите на здравеопазването;
- реално реструктуриране с плурализъм (потвърждение или допускане на множество мнения, възгледи или гледни точки по даден въпрос) на формата на собственост;
- строга организация на дейността на болницата и модерни методи за финансово отчитане и контрол;
- непрекъснато проследяване на новостите и превръщане на болницата в активен двигател на промени в нормативната база и организацията на дейностите по договор със здравната каса по отношение изменения на клиничните пътеки, отчитането на различни процедури и манипулации, закупуването на медикаменти и др.;
- активна работа по проекти;
- партньорство с други организации и институции;
- екипна работа на работещите в болницата;

- анкетиране на пациенти и медицински работници в здравните сфери относно възможността за подобряване на качеството на достъпност до здравни услуги.

2.2. Основни предизвикателства пред болничната медицинска помощ в България по време на пандемия от COVID-19

На 13 март 2020 г. бе обявено извънредно положение за цялата страна, в следствие на доказване на първите случаи на заразени с COVID-19 лица. В резултат от този акт – заповед на Министъра на здравеопазването, бяха въведени редица ограничителни мерки с цел неразпространение на инфекцията, осигуряване на адекватна и навременна грижа и защита на българските граждани – пациенти, диагностицирани с това заболяване. В резултат от въвеждането на тези ограничения, дейността на всички лечебни заведения у нас (без значение от техния профил и собственост) отбелязва драстичен спад, предвид отмяната на плановия прием и консултации, както и планови операции, което рязко намали приходите на болничните заведения. В началото на пандемията – редуцираният пациентопоток; завишените разходи за предпазни средства, за разкриване на нови интензивни звена и тяхното оборудване с нова апаратура; увеличените разходи за дежурства на персонала; демотивацията на болничните колективи, предвид високата степен на професионален риск за здравето и живота им; липсата на указания и конкретни алгоритми за болници, лекари и пациенти за действие и т.н., се оказаха най-неотложните за решаване въпроси, стоящи пред мениджмънта на почти всяко лечебно заведение у нас.

Малко повече от три години, след обявяването на началото на пандемията, българската държава отчита съществени загуби, изразяващи се в човешки животи и тежки икономически и социални последици за населението.

В тази връзка, най-засегната се оказа националната здравна система, икономиката и социалнозащитната система (в частност системата на социалното осигуряване и социалното подпомагане). Особен интерес и обект на разглеждане в настоящият параграф на дисертационния труд представлява здравната ни система и в частност болничната медицинска помощ. Имено по отношение на последната, COVID-19 постави редица нови и остри предизвикателства: като се започне от управление на веригата за доставки на лични предпазни средства (ЛПС), премине се през необходимостта от адаптиране на капацитета на работната сила, и се стигне до трудната задача за справяне с финансови загуби на всяко лечебно заведение, без разбира се с това да сме изчерпали всички проблеми.

Пандемията от COVID-19, затвърди научното гледище, че организациите за предоставяне на здравни услуги, би следвало да се възприемат като динамични и комплексни адаптивни системи, които работят в изключително сложна и непредвидима среда. Перспективата предполага, че голяма част от живота на организацията е непознаваема, несигурна или непредсказуема и следователно не може да бъде стандартизирана и контролирана, особено при така стеклите се обстоятелства относно забавеното опознаване на риска от масово инфектиране на населението с COVID-19.

Последното, обяснява до голяма степен алгоритъма за противодействие на заболяването, който в първите няколко месеца на пандемията приоритетно и логично бе свързан с приемане на решения, относно начина на оказване на медицинска помощ на заразените и болелите лица и подбор на надеждни методи за тестване, диагностика, лечение и въвеждане на подходящи и ефективни противоепидемични мерки.

На второ място неизбежно бе повдигнат въпроса за спешното търсене на решения за овладяване на проблемите на родната здравна система (в т.ч. –

дейността на първичната извънболнична медицинска помощ; специализираната извънболнична медицинска помощ; организация на болничната помощ при посрещане на увеличения поток на пациенти за хоспитализация; осигуряване на подходящи и достатъчно като количества лекарства, организирането и създаването на алгоритми и протоколи за поведение както на медицинския персонал, така и за населението, и т.н.) (Салчев, 2022).

От епидемиологична гледна точка бяха фиксирани и въведени в действие редица противоепидемични мерки като например: изолация, социална дистанция, хигиенни мерки, затваряне на населени места, временни КПП и режим на предвижване на територията на страната.

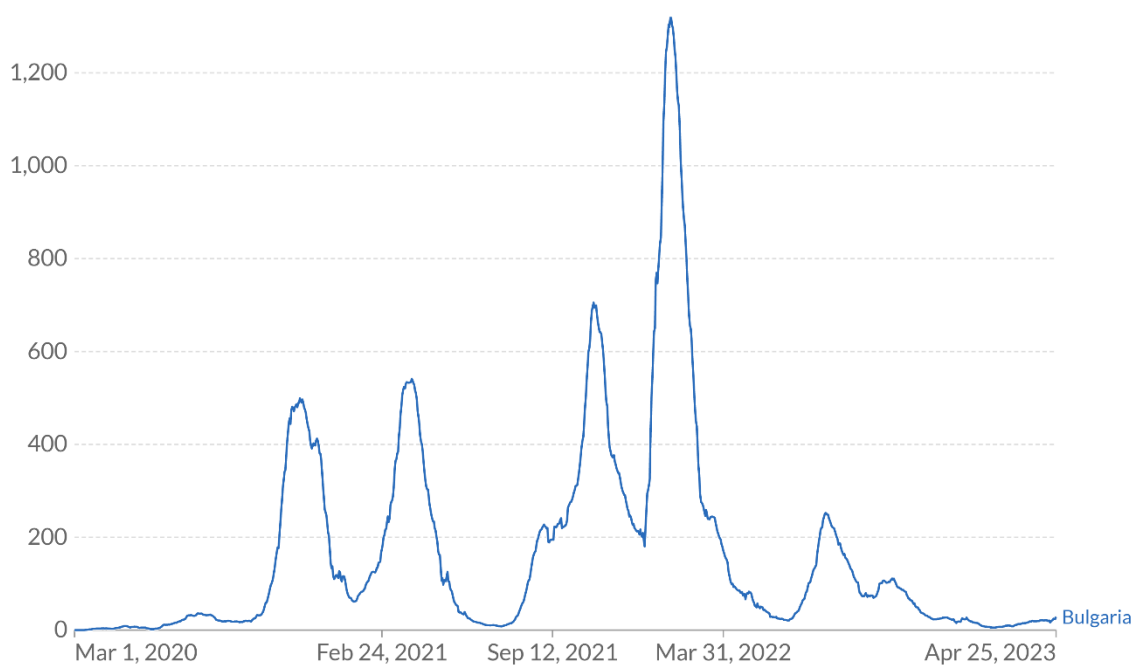
2.2.1. Плащания на НЗОК към договорните партньори въз основа на нормативните решения

За целите на настоящото изследване, в този параграф ще бъде използван сравнителен анализ на данни, публично оповестени от НЗОК – засягащи делегираните бюджети за БМП у нас; отчетените и платени медицински дейности; относителния дял на стойността на извършените дейности съобразно вида на собствеността на болниците, лечението на COVID-19, включително отчетените към Касата медицински дейности за интензивно лечение и реанимация.

На фигура 16 е онагледено развитието на случаите на пациенти с COVID-19 за тригодишен период в България, съобразно публикуваната от Световната здравна организация информация, обхващаща периода от 1 март 2020 година до 25 април 2023 година. Пикът на лицата, диагностицирани със заболяване от COVID-19 се констатира няколкократно, като най-високи стойности се отчитат през месец март 2022 година.

Daily new confirmed COVID-19 cases per million people

7-day rolling average. Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.



Source: WHO COVID-19 Dashboard

CC BY

Източник: [https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&time=2020-03-](https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&time=2020-03-01..latest&facet=none&country=~BGR&pickerSort=asc&pickerMetric=location&Metric=Confirmed+cases&Interval=7-day+rolling+average&Relative+to+Population=true&Color+by+test+positivity=false)

[01..latest&facet=none&country=~BGR&pickerSort=asc&pickerMetric=location&Metric=Confirmed+cases&Interval=7-day+rolling+average&Relative+to+Population=true&Color+by+test+positivity=false](https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&time=2020-03-01..latest&facet=none&country=~BGR&pickerSort=asc&pickerMetric=location&Metric=Confirmed+cases&Interval=7-day+rolling+average&Relative+to+Population=true&Color+by+test+positivity=false)

Фигура 16. Нови потвърдени случаи на COVID-19 на дневна база /в милион души/

Таблица 3.

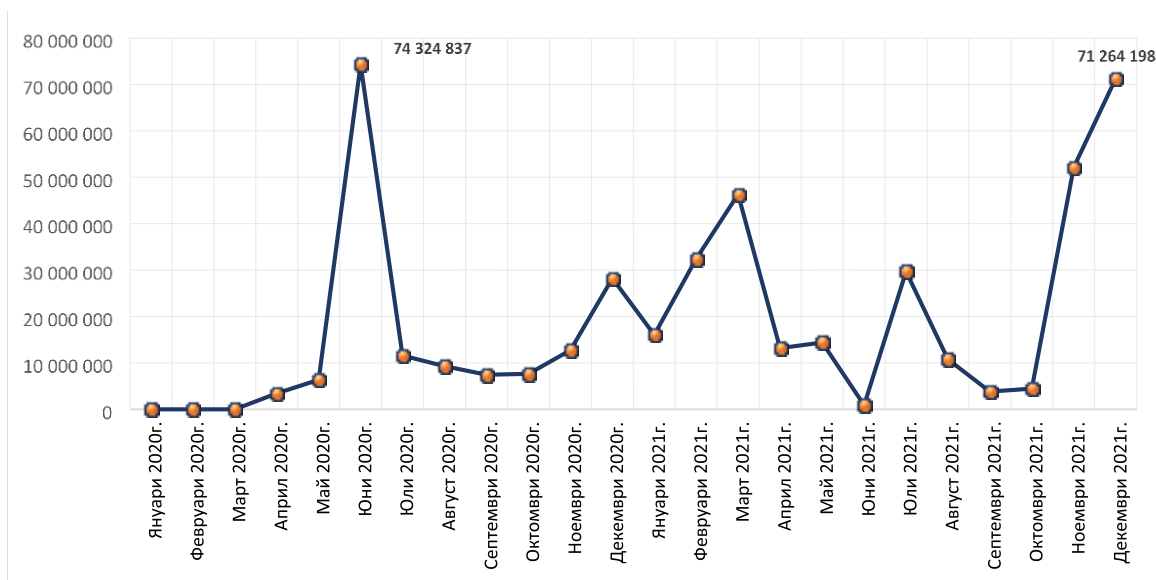
**Данни за новозаразени лица, починали лица и надвишена смъртност през отделните периоди на пандемията от COVID-19
(от началото ѝ до 15.11.2021 г.)**

Период		Новозаразени лица	Починали лица	Надвишена смъртност
Извънредно положение	13.03.20 г.- 13.05.20 г.	1 997	92	234
Първа вълна	01.06.20 г.- 05.09.20 г.	15 378	531	980
Втора вълна	07.09.20 г.- 17.01.21 г.	198 010	7 303	16 418
Трета вълна	18.01.21 г.- 31.05.21 г.	207 546	9 188	14 234
Четвърта вълна	05.07.21 г. Данни до 15.11.21 г.	233 597	8 195	13 912 до 44-ата седмица

Източник: Пенкова, Д., Социално-икономически барометър, октомври 2021 г. стр.7

Видно от представените в таблицата данни по периоди, може да заключим, че броя на новозаразените лица достига своя пик в четвъртата вълна (233 хил. души), като същевременно абсолютните стойности на починалите лица са от третата вълна (9 хил. души), а надвишената смъртност е регистрирана през втората вълна – 16 418 души.

На фигура 17 може да се проследи динамиката в изплащането на допълнителните средства на лечебните заведения за болнична помощ (НУР) за периода януари 2020 г. – декември 2021 г.



Източник: НЗОК, 2022

Фигура 17. Изплатени допълнителни средства на изпълнителите на БМП по РЗОК за периода 2020 г. - 2021 г. (в лева)

От поместените по-горе в текста фигура, графика и таблица, визуално може да се проследи релацията между разпространението на пандемията (по вълни) и изплащането на допълнителните средства за болнична медицинска помощ в следствие от взетите нормативните решения. Очевидно е, че динамиката на развитието на кризата и най-вече характеристиките на отделните ѝ фази, тоест на всяка от епидемичните вълни, могат да бъдат приети за ключови по отношение на всяко конкретно решение за допълнителни плащанията на финансови средства. Те са в пряка връзка с епидемията и некореспондират с рутинната дейност на лечебните заведения у нас.

Интерес за настоящото изследване представляват плащанията при лечебните заведения за болнична медицинска помощ (ЛЗБП).

Таблица 4.

Брой договорни партньори за болнична медицинска помощ (БМП) по години и региони

Година РЗОК	2019 г.	2020 г.	2021 г.
Общо РЗОК	375	375	376
Благоевград	13	13	13
Бургас	29	28	28
Варна	24	24	24
Велико Търново	13	13	13
Видин	2	3	3
Враца	12	12	12
Габрово	4	5	5
Добрич	8	8	8
Кърджали	5	5	5
Кюстендил	7	7	7
Ловеч	6	6	6
Монтана	6	6	6
Пазарджик	14	15	14
Перник	5	5	5
Плевен	18	18	18
Пловдив	45	46	46
Разград	4	4	4
Русе	8	8	8
Силистра	3	3	3
Сливен	9	8	8
Смолян	7	7	7
София град	81	78	81
София област	13	13	13
Стара Загора	15	15	15
Търговище	4	4	4
Хасково	10	11	11
Шумен	6	6	5
Ямбол	4	4	4

Източник: НЗОК, 2022

В таблица 4 е представена статистическа информация за броя на договорните партньори на РЗОК, респективно НЗОК по години и по административни области за периода 2019-2021 г. Анализът на публикуваните

в таблицата данни, сочи, че броят на договорните партньори през трите наблюдавани години се запазва еднакъв, с изключение на област Пловдив, в която през 2020 г., започва да функционира още една нова болница.

В таблица 5 са поместени данните за обобщените плащания за периода 2020-2021 г. за неблагоприятни условия на работа (НУР) по административни региони. Важно е да се отбележе, че през 2021 г. бяха предвидени целеви средства в бюджета на НЗОК:

- по чл. 5 от ЗБНЗОК за 2021 г., които задължаваха касата да заплаща на категориите здравни работници: лекар, медицинска сестра и санитар към трудовото възнаграждения допълнителни съответно 600/360/120 лева ежемесечно;
- по т. 7А от Методиката за неблагоприятни условия през 2021 година – заплащанията на работещите на „първа линия“ в лечебните заведения в размер на 1000 лева, касаещи целия персонал на лечебните заведения за болнична помощ и получавани по трансфер от държавния бюджет.

Таблица 5.

**Изплатени допълнителни средства на изпълнителите на БМП по РЗОК
за периода 2020 г. - 2021 г. (в лева)**

Година	2020 г.	2021 г.			
	НУР	НУР	Платено по чл.5 от ЗБНЗОК за 2021 г.	Платено по т. 7А от Методиката за неблагоприятни условия	Общо 2021 г.
РЗОК					
Общо РЗОК	160 910 430	295 296 845	197 477 476	299 545 289	792 319 610
Благоевград	2 190 911	4 816 453	5 637 480	14 953 678	25 407 611
Бургас	3 746 233	10 372 062	8 313 600	13 857 555	32 543 217
Варна	13 926 197	30 042 686	13 471 320	12 747 632	56 261 638
Велико Търново	3 558 672	6 959 339	4 605 720	8 520 118	20 085 177
Видин	1 744 932	560 363	1 402 800	2 690 040	4 653 203
Враца	1 667 697	6 767 735	4 293 840	8 163 656	19 225 231
Габрово	876 795	2 273 102	2 614 920	6 588 173	11 476 195
Добрич	1 039 361	1 154 803	2 154 000	4 042 521	7 351 324
Кърджали	754 098	2 028 743	2 587 920	4 758 358	9 375 021
Кюстендил	2 037 382	2 908 175	2 724 600	5 437 500	11 070 275
Ловеч	906 605	2 641 998	2 546 760	6 431 566	11 620 324
Монтана	852 791	3 559 516	3 402 720	8 651 589	15 613 825
Пазарджик	3 685 826	5 942 815	6 720 720	13 872 391	26 535 926
Перник	2 358 843	4 187 932	1 785 720	3 858 675	9 832 327
Плевен	7 122 091	10 351 748	11 079 120	11 732 093	33 162 961
Пловдив	12 978 284	25 023 882	23 374 080	32 920 256	81 318 218
Разград	851 265	3 723 080	1 977 951	5 582 708	11 283 739
Русе	828 360	4 937 466	6 228 720	15 434 637	26 600 823
Силистра	984 725	1 668 817	2 238 120	5 088 507	8 995 444
Сливен	5 180 863	8 721 372	4 318 680	8 289 622	21 329 674
Смолян	2 894 814	2 833 856	2 292 720	5 001 930	10 128 506
София град	78 890 364	130 037 386	59 562 806	59 461 493	249 061 685
София област	1 027 671	3 124 319	3 629 400	6 104 439	12 858 158
Стара Загора	3 172 966	8 090 555	8 298 960	11 672 611	28 062 126
Търговище	2 473 509	3 581 367	2 537 640	4 790 797	10 909 804
Хасково	1 413 893	3 795 743	4 437 360	7 737 879	15 970 982
Шумен	2 134 373	3 051 069	3 138 840	5 936 842	12 126 751
Ямбол	1 610 909	2 140 462	2 100 960	5 218 025	9 459 447

Източник: НЗОК, 2022

От представените в таблицата данни е видно, че общата сума на плащанията през 2020 г. са в размер почти 161 млн. лева, докато през 2021 г. общия размер на плащанията е малко над 792 млн. лева, което е нарастване на сумата с 631 млн. лева. Най-съществен дял от допълнителни плащания през 2021 г., според статистиката, се пада на лечебните заведения в София – град (249 млн. лева), Пловдив (81 млн. лева) и Варна (56 млн. лева), което се обяснява освен с факта, че те поеха основния поток на пациенти с COVID-19, но и същите поддържат многочислен персонал. На противоположната страна – с най-ниски по размер допълнителни плащания през 2021 г. са Видин (4,6 млн. лева), Добрич (7,3 млн. лева) и Силистра (8,9 млн. лева).

Таблица 6.

Стойности на изплатените средства за допълнителни субсидии за стимулиране на персонала в БМП по вид собственост

Вид собственост	Средства за НУР, 2020 г., лв.	Средства за НУР, 2021 г., лв.	Средства за допълнителни трудови възнаграждения, 2020-2021 г., лв.	Общо изплатени субсидии за допълнително стимулиране, лв.	Относителен дял от общите субсидии, %
Общо	159 660 586	163 616 926	125 085 751	448 363 263	100,00
Държавни болници	116 421 096	121 811 556	71 452 425	309 685 077	69,07
Общински болници	15 775 601	14 351 024	26 294 086	56 420 711	12,58
Частни болници	27 463 889	27 454 346	27 339 240	82 257 475	18,35

Източник: НЗОК, 2020-2021 г.

Интерес поражда и разреза, който се прави на база – изплатените средства за допълнителни субсидии за стимулиране на персонала в болничната медицинска помощ по вид собственост у нас в периода 2020-2021 г.

Съгласно публикуваните данни, основният дял на изплатените средства за допълнителни субсидии за стимулиране на персонала в БМП се пада на държавните болници с 69 % относителен дял от общите субсидии, следвани от частните болници с малко над 18% относителен дял от общите субсидии и общинските болници с 12,5% относителен дял от общите субсидии.

Таблица 7.

Стойност на извършените, отчетени и платени дейности в БМП за периода 2019-2021 по видове собственост

Вид собственост	2019 г., лв.	2020 г., лв.	2021 г., лв.	Обща стойност на бюджетите за периода, лв.	Относителен дял от общия бюджет за БМП, %	Изпълнение на бюджета за периода, %
Общо	2 038 441 771	2 238 125 591	2 629 686 327	6 906 253 689	100,00	88,52
Държавни болници	1 064 735 938	1 170 759 261	1 378 933 422	3 614 428 621	52,33	85,76
Общински болници	316 538 267	344 747 190	393 474 145	1 054 759 602	15,27	89,13
Частни болници	657 167 521	722 619 140	857 278 760	2 237 065 421	34,40	92,70

Източник: НЗОК, 2019-2021 г.

На първо място впечатление прави очерталата се тенденция за ежегодно увеличаване на стойността на извършените, отчетени и платени дейности и в трите типа болници – държавни, общински и частни. Освен това и тук данните сочат сходна тенденция по отношение на извършените дейности, отчетени и

платени от НЗОК в БМП за периода 2019-2021 г. Водеща роля, изпълняват отново държавните болници с 52 % относителен дял от общия бюджет за БМП, следвани от частните болници с малко над 34% относителен дял от общия бюджет за БМП и общинските болници с 15% относителен дял от общия бюджет за БМП. По отношение на изпълнението на бюджета за периода, с 92,70% на първо място се нареждат частните болници, следвани от общинските болници с 89,13% и държавните болници 85,70%. В свое изследване по темата, Веков, Салчев и Димитров (Веков, Салчев, & Димитров, Болнична медицинска помощ в България по време на пандемия - икономика на здравеопазването основана на доказателства, 2021) констатира, че причина за липсата на изпълнение на бюджетите за БМП е пандемията от COVID-19 и свързаното с нея – временно преустановяване на плановия прием за определени периоди. Те считат, че „вероятно изплатените субсидии (НУР и допълнителни трудови възнаграждения) също оказват влияние, защото тяхната стойност не е пряко следствие от извършени медицински дейности в БМП и здравните специалисти не са мотивирани да произвеждат здравни продукти до лимита на делегираните бюджети, за да получат максимално трудово възнаграждение“ (Веков, Салчев, & Димитров, Болнична медицинска помощ в България по време на пандемия - икономика на здравеопазването основана на доказателства, 2021). Към този факт, следва да добавим, че по-активното използване на болничните услуги е пряк резултат от търсенето и личните предпочитания на пациентите, което от своя страна се явява ключов фактор, оказващ значително влияние върху предлагането и приходите на болниците.

При проследяване на относителните дялове на извършените дейности в болничната медицинска помощ, при вземане под внимание на вида на собствеността и тяхната динамика за периода 2019-2021 г., се наблюдава слабо изразена, но устойчива тенденция за покачване на дела на медицинските

дейности, изпълнявани в частни болници, за сметка на редуциране дела на държавните болници.

Таблица 8.

Относителен дял на стойността на извършените дейности в БМП по вид собственост в периода 2019-2021 г.

Вид собственост	2019 г., %	2020 г., %	2021 г., %
Държавни болници	51,92	50,55	49,74
Общински болници	15,54	15,58	15,05
Частни болници	32,54	33,87	35,21

Източник: НЗОК, 2019-2021 г.

И ако представеният до момента анализ, насочва преобладаващо акцента върху всички дейности в БМП, то в следващите редове, ударението ще бъде поставено върху данните, свързани с болничното лечение на пациенти с COVID-19 от началото на пандемията (март 2020 г.) до юли 2021 г., при съблюдаване на вида на собственост на болниците. В този ред на мисли, в таблица 9 са представени данните за изплатените финансови средства за лечение на пациенти с COVID-19 от НЗОК в БМП от старта на пандемията (март 2020 г.) до юли 2021 г.

Таблица 9.

Стойност на извършените, отчетени и платени дейности за лечение на COVID-19 в БМП за периода март 2020 - юли 2021 г. по видове собственост

Вид собственост	2020*, лв.	2021**, лв.	Обща стойност	Относителен дял от общата стойност за лечение на COVID-19, %
Общо	125 003 525	244 913 738	349 917 263	100,00
Държавни болници	74 756 868	126 608 318	201 365 186	57,55
Общински болници	25 721 701	52 418 959	78 140 660	22,33
Частни болници	24 524 956	45 886 461	70 411 417	20,12

Източник: НЗОК, 2020-2021 г.

* – данните за 2020 г. обхващат период на дейност март 2020-ноември 2020 г.

** – данните за 2021 г. обхващат период на дейност декември 2020-юли 2021 г.

Въз основа на представените данни, може да се направи заключение, че почти 80% от пациентите с COVID-19 в България, са лекувани в държавни и общински болници и едва 20% в частни.

В следващата таблица 10, са поместени данните за общия брой легла за лечение на COVID-19 у нас, както и изплатените средства за лечение и допълнителни субсидии за едно болнично легло по видове собственост на лечебните заведения.

Таблица 10.

Болнични легла за лечение на COVID-19 и стойности на изплатените средства за медицински дейности и субсидии за допълнително стимулиране на едно легло по вид собственост за периода март 2020-октомври 2021

Вид собственост	Легла за COVID-19 по Национален оперативен план, бр.	От тях легла за интензивно лечение, бр.	Относителен дял от общия брой легла за COVID-19, %	Изплатени средства за лечение на COVID-19 за едно легло за периода 2020-2021, лв.	Изплатени субсидии на едно легло за COVID-19 за периода 2020-2021, лв.
Общо	9737	737	100,00	109 967,37	126 375,09
Държавни болници	5706	518	58,60	35 290,08	57 273,59
Общински болници	2303	67	23,65	33 929,94	24 498,79
Частни болници	1728	152	17,75	40 747,35	47 602,71
Общо	9737	737	100,00	109 967,37	126 375,09

Източник: МЗ, НЗОК, 2020-2021 г.

В следващата таблица 11 са представени данни относно използваемостта на болничните легла за лечение на COVID-19 в болничната медицинска помощ у нас за периода месец март 2020 – месец октомври 2021 г.

Таблица 11.

Брой лекувани пациенти с COVID-19 и използваемост на болничните легла в БМП по вид собственост за периода март 2020 – октомври 2021 г.

Вид собственост	Легла за COVID-19 по Национален оперативен план, бр.	От тях легла за интензивно лечение, бр.	Относителен дял от общия брой легла за COVID-19, %
Общо	9737	737	100,00
Държавни болници	5706	518	58,60
Общински болници	2303	67	23,65
Частни болници	1728	152	17,75
Общо	9737	737	100,00

Източник: НЗОК, 2020-2021 г.

В обобщение на по-горе представените статистически данни, може да направим следните изводи:

1) Увеличението на делегираните бюджети в периода 2019-2021 г. е осезаемо за държавните и частните болници – приблизително около 30%, а за общинските болници около 25%. Това има пряка връзка с обема на отчетените медицински дейности за отчетния период. „Изооставането“ на общинските болници, изразяващо се в констатиране на по-ниски нива на увеличение на бюджетите е пряко следствие от невъзможността им да предложат високотехнологични дейности, респективно да получат по-високи приходи от отчитане на медицинска дейност по скъпо струващите клинични пътеки. Казано с други думи, общинските болници на практика са слабо конкурентни.

2) През анализираният период около 1/2 от дейностите в болничната медицинска дейност в страната са осъществени в държавните болници, около 1/3 – в частните болници, докато общинските болници са изпълнили едва 15%

от тях. От друга страна, динамичният анализ за периода 2019-2021 г., демонстрира най-висок ръст на стойността на извършените дейности при частните болници от 20,0%. В тази връзка резултатите по същия показател на държавните болници са 6,2% и на общинските болници са 7,3%, които могат да се окачествят като „скромни“, на фона на резултатите на частните болници. Това е и причината да настъпи разместване на пластовете на здравния пазар в България, в резултат от което, пазарният дял на частните болници за периода 2019-2021 г. се покачва от 32,54% до 35,21%, за сметка на дела на държавните болници, който от своя страна се редуцира от 51,29% до стойности от 49,74%. Същевременно, пазарният дял на общинските болници в анализираният период търпи незначителни корекции и е относително константен, варирайки в началото на периода в стойностите 15,54% до 15,05% в края на същия. Тълкуването на тези данни според Веков, Т., П. Салчев и П. Димитров (Веков, Салчев, & Димитров, Болнична медицинска помощ в България по време на пандемия - икономика на здравеопазването основана на доказателства, 2021) потвърждава факта, че държавните и частните болници са преки конуренти, при това в един и същи конкурентен пазарен сегмент, поради което и потребителите на здравни услуги са една и съща потребителска маса. Общинските болници, поради причини, които бяха разгледани по-горе в текста, не могат да се конкурират с държавните и частните болници, поради която причина те са ориентирани към друга група от населението – най-вече пациенти, които живеят в малките населени места в провинцията, различни от областните административни центрове. В тази връзка може за се заключи, че миграцията на пациенти на родния здравен пазар, в контекста на търсене на качествени здравни услуги, принципно е относително ниска от гледна точка на количествени показатели, но от гледна точка на качественият анализ, ясно се очертава причината за този процес. Като такава може да дефинираме

индивидуалните потребности и желание за ползване, съответно получаване на високотехнологични здравни услуги и продукти, които не се предлагат от общинските болници, а са изключително и най-вече достъпни в държавните и частните болници у нас.

3) Неоспорим факт е, че се отчита относително малък, но за сметка на това устойчив във времето, темп на растеж на годишна база на търсенето и предлагането на здравни услуги. Изводът, който се налага е, че пандемията от COVID-19 изостри съществуващите административно-организационни и най-вече финансови проблеми на публичните лечебни заведения, от което се възползваха частните лечебни заведения. Това ги превърна в по-привлекателни и търсени от пациентите, независимо от опитите същите да бъдат дискредитирани пред българското общество, особено при старта на пандемията (Митева, Предизвикателства пред мениджмънта на лечебните заведения в условия на пандемия от COVID-19 (по примера на университетска многопрофилна болница за активно лечение „Сърце и мозък” – Плевен), 2021).

4) Данните, засягащи проведеното лечение на пациенти с COVID-19 в болничната медицинска помощ в страната, очертават следния резултат: приблизително 80% от пациентите с това заболяване са лекувани в държавните и общинските болници. Констатираните относителни дялове на отчетените дейности за лечение на пациенти с COVID-19 в разрез – по видове собственост на лечебните заведения, се различават от разпределението на всички дейности в болничната медицинска помощ. Тук, дялът на публичните болници (държавна и общинска собственост) е увеличен за сметка на частните болници. Анализът обаче сочи, че изплатените допълнителни субсидии за стимулиране на медицинските специалисти по време на пандемията, не корелират като относително тегло по вид собственост на лечебните заведения с реално извър-

шените медицински дейности за лечение на пациенти с COVID-19. Внимание трябва да се обърне на следният факт:

✓ държавните болници са лекували 57,55% от пациентите с COVID-19, но са получили 69,07% от допълнителните финансови субсидии;

✓ общинските и частните болници са лекувани съответно 22,33% и 20,12% от пациентите с COVID-19, но тези лечебни заведения са получили респективно 12,58% и 18,35% от субсидиите, тоест при тях показателите са обратнопропорционални.

От тук може да заключим, че е налице явно „протежиране“ на държавните болници, спрямо общинските и частните, що се касае до изплащането на допълнителни субсидии за стимулиране на медицинските специалисти. В допълнение към казаното, следва да подчертаем, че за анализирания период март 2020 – юли 2021 г., субсидии за НУР и допълнителни трудови възнаграждения възлизат на обща стойност 448 363 236 лв., което е с 28,13% повече от стойността на изплатените средства за реално извършени дейности за лечение на пациенти с COVID-19 в болничната медицинска помощ за същия период, които възлизат на сумата от 349 319 263 лв. Нещо повече, изплатените средства за допълнителни субсидии не се явяват пряка функция от извършените дейности за лечение на пациенти с COVID-19, и нямат никаква корелация с количеството болнични легла, определени от Министерството на здравеопазването в Националния оперативен план за справяне с пандемията от COVID-19 (Министерство на здравеопазването, 2021). Този факт се явява до голяма степен белег за неефективния начин на разпределение и изплащане на финансовите средства за допълнителни субсидии. Прави впечатление, че на практика изплатените финансови средства за допълнителни субсидии на едно легло за лечение на COVID-19 в размер на 54 273,59 лв., в държавните болници са с 53,8% повече, отколкото изплатените

средства за лечение на COVID-19 на едно легло в същите болници, което е в размер на 35 290,08 лв. Същевременно се констатира, че заетостта на регистрираните легла за лечение на пациенти с COVID-19 в държавните болници за целия разглеждан период е 18,45% и е чувствително по-ниска в сравнение с общинските болници - 44,24% и частните болници - 38,86%.

2.3. Резултати от дейността на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен в условията на пандемия от COVID-19

Към 31.12.2021 г. болничният сектор в област Плевен включва 13 лечебни заведения, от които 12 многопрофилни болници (в т.ч. „УМБАЛ-Д-р Георги Странски“ ЕАД и УМБАЛ „Света Марина“) и 1 специализирана болница за активно лечение. 7 от болничните заведения са публична собственост (държавна и общинска), а останалите 6 са частна собственост (вж. табл. 12). На територията на областта функционира и МБАЛ-ПЛЕВЕН към ВМА-София, която е към друго ведомство и не е включена в анализа на болничната помощ.

Леглата към 31.12.2021 г. са 2569 на брой (вж. табл. 12), а местата за краткотраен престой са съответно 45 на брой – дневен стационар за пациенти с психични заболявания. Относителният дял на леглата в частните лечебни заведения достига 39%.

Статистиката сочи, че осигуреността достига стойност от 2569 средногодишен брой легла за 2021 г. или 111,3 на 10000 население, при 100.9 на 10000 население за 2020 г. и 94.6 на 10000 население за 2019 г.

Таблица 12.

Лечебни заведения и легла в област Плевен за периода 2019-2021 година

Видове заведения	2021 г.		2020 г.		2019г.	
	Брой	Легла	Брой	Легла	Брой	Легла
Лечебни заведения за болнична помощ-всичко	13	2569	13	2370	13	2236
Публични лечебни заведения	7	1568	7	1568	7	1542
Многопрофилни болници	7	1568	7	1568	7	1542
МБАЛ	7	1568	7	1568	7	1542
Частни лечебни заведения	6	1001	6	802	6	694
Многопрофилни болници	5	965	5	766	5	658
МБАЛ	5	965	5	766	5	658
Специализирани болници	1	36	1	36	1	36
СБАЛ	1	36	1	36	1	36

Източник: РЗИ – Плевен, „Годишен анализ на здравно-демографското състояние и здравната мрежа в Област Плевен 2021 г.

Общият брой на активните легла в област Плевен към края на 2021 г. е 2091 (при 1938 – за 2020 г.), а осигуреността е 90.6 на 10000. Това съставлява 81.4% от общия брой на болничните легла. Най-голям относителен дял имат терапевтичните легла – 42% (46.7 на 10000 души) и хирургичните легла – 21.5% (24.0 на 10000 души).

Таблица 13.

Дейност на стационарите на болничните лечебни заведения през 2019 г.

Видове заведения	2019 г.									
	Легла ср.год. брой	Постъ- пили болни	Изпи- сани болни	Ум- рели	Преми- нали болни	Прове- дени леглодни	Използ. на леглата	Оборот на леглата	Среден престой болен	Лета- литет (%)
Общо	2232	93773	92714	1096	94397	467991	210	42	5.0	1.2
Публични заведения	1538	60101	59368	785	60603	323560	210	39	5.3	1.3
МБАЛ-Белене	78	2440	2451	2	2467	16673	214	32	6.8	0.1
МБАЛ-Гулянци	66	2644	2609	28	2678	15384	233	41	5.7	1.1
МБАЛ-Кнежа	74	3703	3681	17	3747	17553	237	51	4.7	0.5
МБАЛ-Левски	93	2972	2960	13	3013	20457	220	32	6.8	0.4
МБАЛ-Никопол	40	733	736		739	4030	101	18	5.5	0.0
МБАЛ-Ч.Бряг	100	3459	3436	21	3472	16709	167	35	4.8	0.6
УМБАЛ-Плевен	1087	44150	43495	704	44487	232754	214	41	5.2	1.6
Частни ЛЗ	694	33672	33346	311	33794	144431	208	49	4.3	0.9
МБАЛ"Авис Медика"- Пл.	172	11237	11243	2	11259	37102	216	65	3.3	0.0
МБАЛ "Св.Панталеймон" – Пл.	199	6728	6718	10	6776	39659	199	34	5.9	0.1
СБАЛК - Плевен	36	2936	2873	58	2946	8681	241	82	2.9	2.0
МБАЛ"Св.Марина" – Пл.	126	7151	7137	21	7166	28577	227	57	4.0	0.3
МБАЛ"Св.Параскева" – Пл.	43	485	485		485	2350	55	11	4.8	0.0
МБАЛ"Сърце и мозък" – Пл.	118	5135	4890	220	5162	28062	238	44	5.4	4.3

Източник: РЗИ – Плевен, „Годишен анализ на здравно-демографското състояние и здравната мрежа в Област Плевен 2019 г.

Таблица 14

Дейност на стационарите на болничните лечебни заведения през 2020 г.

Видове заведения	2020 г.									
	Легла ср.год. . брой	Постъ- пили болни	Изпи- сани болни	Ум- рели	Преми- нали болни	Прове- дени леглодни	Използ. на леглата	Оборот на леглата	Среден престой болен	Лета- литет (%)
Общо	2284	77653	76450	1273	78240	385487	169	34	4.9	1.6
Публични заведения	1563	48447	47619	916	48897	271443	174	31	5.6	1.9
МБАЛ-Белене	78	1984	1981	7	1998	16553	212	26	8.3	0.4
МБАЛ-Гулянци	66	2078	2078	24	2119	12663	192	32	6.0	1.1
МБАЛ-Кнежа	74	3668	3666	12	3717	17628	238	50	4.7	0.3
МБАЛ-Левски	93	2890	2878	18	2930	19831	213	32	6.8	0.6
МБАЛ-Никопол	40	573	572	1	576	3280	82	14	5.7	0.2
УМБАЛ-Плевен	1107	34676	33890	826	34964	189592	171	32	5.4	2.4
МБАЛ-Ч.Бряг	105	2578	2554	28	2593	11896	113	25	4.6	1.1
Частни ЛЗ	721	29206	28831	357	29343	114044	158	41	3.9	1.2
МБАЛ"Авис Медика"- Пл.	186	9342	9327	4	9356	31348	169	50	3.4	0.0
МБАЛ"Св.Пантелеймон" – Пл.	199	3577	3593	14	3625	15384	77	18	4.2	0.4
СБАЛК - Плевен	36	2698	2649	50	2713	6844	190	75	2.5	1.8
МБАЛ"Св.Марина" – Пл.	131	6903	6854	41	6911	27721	212	53	4.0	0.6
МБАЛ"Сърце и мозък" – Пл.	126	6232	5954	248	6284	30179	240	50	4.8	3.9
МБАЛ"Св.Параскева" – Пл.	43	454	454		454	2568	60	11	5.7	0.0

Източник: РЗИ – Плевен, „Годишен анализ на здравно-демографското състояние и здравната мрежа в Област Плевен 2020 г.

Таблица 15

Дейност на стационарите на болничните лечебни заведения през 2021 г.

Видове заведения	2021 г.									
	Легла ср.год. брой	Постъ- пили болни	Изпи- сани болни	Ум- рели	Преми- нали болни	Прове- дени леглодни	Използ. на леглата	Оборот на леглата	Среден престой болен	Лета литет (%)
Общо	2525	86623	84421	2129	87140	429268	170	35	4,9	2,5
Публични заведения	1568	45795	44329	1417	46157	255640	163	29	5,5	3,1
МБАЛ-Белене	78	1505	1496	4	1515	12425	159	19	8,2	0,3
МБАЛ-Гулянци	66	1719	1671	41	1736	9226	140	26	5,3	2,4
МБАЛ-Кнежа	74	3252	3196	49	3291	15978	216	44	4,9	1,5
МБАЛ-Левски	93	2438	2408	28	2472	18448	198	27	7,5	1,1
МБАЛ-Никопол	40	583	584		586	2871	72	15	4,9	0,0
УМБАЛ-Плевен	1112	34194	32895	1269	34442	186440	168	31	5,4	3,7
МБАЛ-Ч.Бряг	105	2104	2079	26	2115	10252	98	20	4,8	1,2
Частни ЛЗ	957	40828	40092	712	40983	173628	181	43	4,2	1,7
МБАЛ "Авис Медика"- Пл.	208	10384	10372	19	10409	39615	190	50	3,8	0,2
МБАЛ"Св.Панталей мон" – Пл.	209	4224	4164	63	4242	20374	97	20	4,8	1,5
СБАЛК - Плевен	36	2815	2793	23	2829	7648	212	79	2,7	0,8
МБАЛ "Св.Марина" – Пл.	140	7732	7681	51	7748	29556	211	55	3,8	0,7
МБАЛ "Сърце и мозък" – Пл.	321	15326	14735	556	15408	74460	232	48	4,8	3,6
МБАЛ "Св.Параскева" – Пл.	43	347	347		347	1975	46	8	5,7	0,0

Източник: РЗИ – Плевен, „Годишен анализ на здравно-демографското състояние и здравната мрежа в Област Плевен 2021 г.

Според данните, публикувани от Регионалната здравна инспекция – Плевен, в „Годишен анализ на здравно-демографското състояние и здравната мрежа в Област Плевен 2021 г.) (РЗИ - Плевен, 2022), осигуреността с легла за целите на реанимацията и интензивното лечение е ниска – 4.8 на 10000 души. Леглата за дългосрочни грижи са с осигуреност 12.3, но макар опционално да съществуват в устройствените правилници, по този показател се отчита дейност само в една болница.

По данни на годишните отчети на лечебните заведения, през 2021 г. през стационарите на лечебните заведения за болнична помощ в област Плевен са преминали 87140 болни, което е с 8 900 лица повече спрямо 2020 г., когато са били отчетени 78240 болни. В тази връзка отчетената честота на хоспитализациите е 37.7 %.

Броят на проведени леглодни през 2021 г. е 429268 и е нарастнал спрямо 2020 г., когато същите са били 385487. В публичните лечебни заведения, стойността на този показател е 255640, т.е. 59.6 % от всички проведени леглодни, докато в частните болници, делът е 40.4 % и е нараства спрямо предходните години (29.6 % за 2020 г. и 30,9% за 2019 г.), което потвърждава направените заключения в предходния параграф.

Показателят „среден престой на болен” през 2021 г. отчита 4.9 дни, което дублира резултата от 4.9 дни за 2020 г. и 5 дни за 2019 г. За публичните лечебни заведения среден престой на болен е 5.5 дни, докато в частните лечебни заведения той е по-кратък – 4.2 дни.

Показателят „използваемост на леглата“ отчита стойност от 170 дни (46.6 %), която се приема за сравнително ниска – 163 дни за публичните болници и 181 дни за частните болници. Поради по-високият среден престой на болен, съответно оборотът на леглата в публичните лечебни заведения е 29 преминали болни на 1 легло, докато в частните се отчитат съответно 43 преминали болни на 1 легло.

Таблица 16

**Заплатени здравноосигурителни плащания за болнична медицинска
помощ (по реда на НРД) по лечебни заведения в област Плевен в периода -
30.11.2021-30.11.2019 година (в лева)**

№ на по ред	ЛЗ за БМП (РЗОК 15 Плевен)	Общо касово изпълнение към	Общо касово изпълнение към	Общо касово изпълнение към
		30.11.2021 г.	30.11.2020 г.	30.11.2019 г.
	Общо	107679429	103 542 159	97 960 982
1	„МБАЛ – Белене” ЕООД	939 465	1 129 033	1 138 443
2	„МБАЛ – Гулянци” ЕООД	1 326 672	1 525 240	1 435 317
3	„МБАЛ – Левски” ЕООД	1 372 234	1 674 562	1 386 260
4	„МБАЛ – Никопол” ЕООД	415 811	461 876	433 310
5	АСМП – МЦ „Окулус-Кушинова” ЕООД	122 748	130 223	145 813
6	МЦ Света Марина - Диагностика и Терапия ООД	1 869 646	2 101 554	1 917 600
7	„ДКЦ II – Плевен” ЕООД	73 110	73 183	82 080
8	ДКЦ " Свети Пантелеймон " ООД	8 832	15 837	19 950
9	„УМБАЛ Д-р Г. Странски” ЕАД	36 649 528	41 193 618	39 369 191
10	„МБАЛ Авис Медика” ООД	7 323 182	7 176 053	7 283 962
11	„МБАЛ Св. Пантелеймон – Плевен” ООД	5 243 161	5 279 989	5 829 626
12	МБАЛ " Света Параскева " ООД	155 888	202 587	137 592
13	„УМБАЛ Св. Марина – Плевен” ООД	8 933 654	9 169 261	7 582 854
14	МБАЛ "Сърце и Мозък " ЕАД	31 260 517	20 555 066	18 447 572
15	„СБАЛ по кардиология” ЕАД	4 851 214	5 545 879	5 877 356
16	ВМА – МБАЛ – Плевен	2 936 159	2 668 840	2 429 774
17	„МБАЛ – Червен бряг” ЕООД	2 297 746	2 522 217	2 726 250
18	„МБАЛ – Кнежа” ЕООД	1 899 862	2 117 141	1 718 031

Източник: <https://www.nhif.bg/bg/hospitals/bmp/2023>

Въз основа на данните от публикуваната статистическа информация за лечебните заведения за болнична медицинска помощ и по-конкретно от „Заплатени здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ (по реда на НРД) по лечебни заведения в област Плевен в периода 30.11.2021 г. - 30.11.2019 г.“ може направим следните заключения:

1) Едноличен лидер сред лечебни заведения в област Плевен и в частност сред публичните е УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ ЕАД, която през разглеждания период получава най-много средства по линия на здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ (по реда на НРД) – 39 369 191 лв. (за 2019 г.), 41 193 618 лв. (за 2020 г.) и 36 649 528 лв. (за 2021 г.). Най-добър резултат, лечебното заведение отбелязва през 2020 г., след което през 2021 г. отчита най-ниската стойност на получените средства през разглеждания период.

2) Категоричен лидер сред частните лечебни заведения в област Плевен е МБАЛ „Сърце и Мозък“ ЕАД – Плевен през целия разглеждан период 2019-2021 г. получава най-много средства по линия на здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ (по реда на НРД) – 18 447 572 лв. (за 2019 г.), 20 555 066 лв. (за 2020 г.) и 31 260 517 лв. (за 2021 г.). Прави впечатление, че във всяка една от анализирани години се отчита нарастване на средствата изплатени по реда на НРД, което ни дава основание да говорим за позитивен тренд по отношение на обема на оказаната болнична медицинска помощ и съответно средствата, постъпили по тази линия. Устойчивият тренд на нарастване на тези средства, сам по себе си е добър атестат за мениджърския екип на болницата и за амбициите да се превърне във водещо лечебно заведение в областта.

3) Основен конкурент на частната МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен на територията на област Плевен се явява публичната УМБАЛ „Д-р

Георги Странски“ ЕАД, което е причина да смятаме, че в близкото бъдеще предстои поредно пренареждане на позициите на пазара за здравни услуги на територията на област Плевен, както и че инвестициите направени от частната болница вече имат възвращаемост и дават при това положителен резултат.

В този ред на мисли, в следващите редове ще направим анализ на балансови позиции и динамика в отчета за доходите на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД и УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ ЕАД в Плевенски област (2018-2021 г.) за да потърсим отговор на въпроса: как повлия пандемията от COVID-19 върху дейността на лидерите сред болниците на територията на област Плевен?

Изследването на балансовите показатели и показателите от отчета за приходите и разходите в двете заведения за болнична помощ в област Плевен, показва разнообразие от ефекти на пандемията и нееднозначни тенденции. Някои от тях се дължат на счетоводни политики, други са резултат от промяна в дела на обслужваните пациенти, но категорично се установява негативния ефект на пандемията. Неговият отпечатък върху балансовите позиции е ясно изразен в декапитализация и натрупване на загуби (вж. табл. 17).

Таблица 17.

**Балансовите показатели и показателите от отчета на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД - Плевен и
УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ - Плевен**

	МБАЛ „СЪРЦЕ И МОЗЪК“ ЕАД				УМБАЛ „Д-Р ГЕОРГИ СТРАНСКИ“			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
Балансови позиции								
АКТИВ - ОБЩО (А+Б+В+Г)	3861	19755	23814	28750	46763	49691	52088	47795
А. Записан, но невнесен капитал								
Б. Нетекущи (дълготрайни) активи					25721	24531	25279	24086
I. Нематериални активи		192	246	434	1543	1403	1261	1120
II. ДМА	317	15159	16872	13830	23919	22564	23297	22171
1. Земи и сгради		14648	8147	12592	7196	6749	6591	6386
2. Машины, произв.оборудване и апаратура		319	479	804	14143	13224	14198	13047
3. Съоръжения и други					414	383	302	475
III. Дългосрочни финансови активи			8 000					
IV. Отсрочен данъци					564	259		
В. Текущи (краткотрайни активи)		4596	6 942	14920	20980	25105	26777	23662
I. Материални запаси	1738	1617	1 948	4258	2284	2003	2481	3274
II. Вземания	1757	1406	1 638	10061	10204	11041	11269	11819
IV. Парични средства	49	1558	3 354	601	8492	12061	13026	8569
Г. Разходи за бъдещи периоди					62	55	32	47
ПАСИВ - ОБЩО (А+Б+В+Г)	3861	19755	23814	28750	46763	49691	52088	47795
А. Собствен капитал					28858	28927	27064	23821
I. Записан капитал	50	50	50	50	26861	27821	27821	30434

IV. Резерви					2099	2325	2325	2325
V. Натрупана печалба (загуба) от мин. години	-14601	-24189	-31246	-31962	14	-89	-1215	-3559
1. Неразпределена печалба					14	17	21	33
2. непокрита загуба					-106		-1236	-3592
VI. Текуща печалба (загуба)					-116	-1130	-2356	-5857
B. Задължения, в т.ч.	18352	28990	42414	47688	12306	15589	19882	18923
1. До 1 година	6	7199	7961	4977	11266	13522	19812	18707
2. Над 1 година					1040	2076	664	216
Г. Финансирания и приходи за бѣд.периоди					3575	3130	3360	3248
	МБАЛ „СЪРЦЕ И МОЗЪК“ ЕАД				УМБАЛ „Д-Р ГЕОРГИ СТРАНСКИ“			
Отчет за приходите и разходите	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
РАЗХОДИ								
1. Намаление на запасите от прод. и незав.произв.								
2. Разходи за суровини, материали външни услуги	15710	12053	13914	31090	38492	45418	57550	51816
2.1. суровини и материали					34968	41742	47876	53278
2.2. външни услуги					3524	3676	3940	4272
3. Разходи за персонала	11085	17045	20671	39898	30010	33165	39617	51435
3.1. разходи за възнаграждения					25704	28141	33670	43819
3.2. разходи за осигуровки					4306	5024	5947	7616
4. Разходи за амортизации и обезценки	98	6961	7819	4310	3144	3035	3008	3267
5. Други разходи	101	264	548	882	518	428	449	448
<i>Общо разходи за оперативна дейност:</i>					72164	82046	94890	112730
<i>6.Разходи за лихви и други фин. разходи</i>					52	45	36	42
Общо финансови разходи	12	365	280	301	52	46	38	42
<i>Общо разходи за обичайна дейност</i>					72216	82014	100660	107008

8. Печалба от обичайна дейност								
<i>Общо разходи</i>								
9. Счетоводна печалба (приходи - общо разходи)	-8860	-9586	-7057	-716	-111	-1208	-2505	-5909
10. Разходи за данъци от печалбата					5	-78	-149	-52
11. Други данъци, алтерн. на корпоративния								
12. Печалба нето								
Всичко					72221	82014	94779	11272 1
ПРИХОДИ								
1. Нетни приходи от продажби	18107	27057	33805	67207	66971	74908	77202	93453
2. Увеличение на запасите от продукция и незав.произв.								
4. Други приходи	39	37			5132	5973	15002	13097
<i>Общо приходи от оперативна дейност</i>								
7. Други лихви и финансови приходи								
Общо финансови приходи								
Общо приходи от обичайна дейност								
Общо приходи					72221	82014	94779	11272 1
Нетни приходи / Активи	4.69	1.37	1.42	2.34	1.43	1.51	1.48	1.96
Разходи за персонала / Активи	2.87	0.86	0.87	1.39	0.64	0.67	0.76	1.08
Разходи за амортизации и обезценки / Активи	0.03	0.35	0.33	0.15	0.07	0.06	0.06	0.07
Разходи за суров., мат-ли, външни услуги / Активи	4.07	0.61	0.58	1.08	0.82	0.91	1.10	1.08

Източник: ГФО за периода 2018-2021 г. на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен и УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ - Плевен

От изведената систематизация на балансови позиции и позиции от отчета за приходите и разходите е приложен коефициентен анализ за периода на осигурени данни до 2021 г., включително чрез показателите:

- Нетни приходи / Активи
- Разходи за персонала / Активи
- Разходи за амортизации и обезценки / Активи
- Разходи за суровини, материали, външни услуги / Активи

С най-добро покритие на активите с нетни приходи се определя МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, което дружество отчита значение на показателя от 4.69 в началото на изследвания период. По отношение на останалите показатели се прави съпоставка между такива с относително константен характер (амортизациите) и такива с променлив характер (разходите за суровини, материали и външни услуги). Както и разходите за персонал. Тяхната съпоставка с активите потвърждават първоначалния извод за отчетлив негативен ефект на пандемията от COVID-19 върху дейността и на двете изследвани дружества.

Изводи към глава втора

В обобщение на изложението в Глава втора, могат да бъдат направени следните изводи:

✓ *Здравноосигурителната система в България следва да се доизгради върху принципите, залегнали в най-добрите примери от европейската и световната практика в тази сфера, които да бъдат обобщени в цялостната концепция за развитие на здравеопазването. Болничният мениджмънт е сфера на непрекъснати промени в последните 20 години. Промени настъпват в начина на финансиране, появяват се нови изисквания към управлението на болницата, навлизат модерни технологии в отчитането и реализирането на медицинската и административната дейност, акцентът се измества върху все по-*

активната работа по проекти. Все повече са и предизвикателствата, свързани с намирането и задържането на подходящ персонал, запазване на доброто име сред пациентите, задоволяване на нарастващите нужди и изисквания на обществото.

✓ *Едноличен лидер сред лечебни заведения в област Плевен и в частност сред публичните е УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ ЕАД, която през разглеждания период получава най-много средства по линия на здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ (по реда на НРД) – 39 369 191 лв. (за 2019 г.), 41 193 618 лв. (за 2020 г.) и 36 649 528 лв. (за 2021 г.). Най-добър резултат, лечебното заведение отбелязва през 2020 г., след което през 2021 г. отчита най-ниската стойност на получените средства през разглеждания период.*

✓ *Категоричен лидер сред частните лечебни заведения в област Плевен е МБАЛ „Сърце и Мозък“ ЕАД – Плевен. През целият разглеждан период 2019-2021 г. получава най-много средства по линия на здравноосигурителни плащания за болнична медицинска помощ (по реда на НРД) – 18 447 572 лв. (за 2019 г.), 20 555 066 лв. (за 2020 г.) и 31 260 517 лв. (за 2021 г.). Прави впечатление, че във всяка една от анализирани години се отчита нарастване на средствата изплатени по реда на НРД, което ни дава основание да говорим за позитивен тренд по отношение на обема на оказаната болнична медицинска помощ и съответно средствата, постъпващи по тази линия. Устойчивият тренд на нарастване на тези средства, сам по себе си е добър атестат за мениджърския екип на болницата и за амбициите да се превърне във водещо лечебно заведение в областта.*

✓ *Основен конкурент на частната МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен на територията на област Плевен се явява публичната УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ ЕАД, което е причина да смятаме, че в близкото бъдеще предстои поредно пренареждане на позициите на*

пазара за здравни услуги на територията на област Плевен, както и че инвестициите направени от частната болница вече имат възвращаемост и дават при това положителен резултат.

✓ С най-добро покритие на активите с нетни приходи се определя МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, което дружество отчита значение на показателя от 4.69 в началото на изследвания период (2018-2021 г.). По отношение на останалите показатели се прави съпоставка между такива с относително константен характер (амортизациите) и такива с променлив характер (разходите за суровини, материали и външни услуги). Както и разходите за персонал. Тяхната съпоставка с активите потвърждават първоначалния извод за отчетлив негативен ефект на пандемията върху дейността и на двете изследвани дружества – МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен и УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен.

ГЛАВА ТРЕТА. ДИАГНОСТИЧЕН АНАЛИЗ НА ОРГАНИЗАЦИЯТА И УПРАВЛЕНИЕТО НА ДЕЙНОСТТА НА МБАЛ „СЪРЦЕ И МОЗЪК“ ЕАД – ПЛЕВЕН В ПЕРИОДА НА ПАНДЕМИЯТА ОТ COVID-19

3.1. Ключови насоки на политиката за управление на риска от COVID-19 в МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД - Плевен

3.1.1. Отражение на пандемията от COVID-19 върху дейността на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД - Плевен

Многопрофилна болница за активно лечение „Сърце и Мозък“ ЕАД - Плевен, стартира своята дейност на 27 февруари 2017 г., след инвестирани 35 млн. лв. за нейното изграждане и оборудването като високотехнологично лечебно заведение на територията на гр. Плевен, наричан още (при това не без основание) – здравният хъб на Северна България². Болницата е част от Българския кардиологичен институт от фирмената група на „Търговска лига - национален аптечен център“, която се явява основен дистрибутор на фармацевтичния производител в холдинга „Чайкафарма висококачествени лекарства“. МБАЛ „Сърце и Мозък“ ЕАД – Плевен е модерно оборудвана и специализирана в иновативни здравни технологии за лечение на сърдечносъдови и неврологични заболявания. Тя разполага с 356 легла за лечение на пациенти (РЗИ - Плевен, 2022). Лечебното заведение включва клиники и отделения с най-високото трето ниво на компетентност, съгласно действащите национални медицински стандарти по кардиохирургия, съдова хирургия, неврохирургия, кардиология, електрокардиостимулация, анестезиология и интензивно лечение, неврология, интензивно лечение по кардиология, интензивно лечение по кардиохирургия, неинвазивна кардиология, инвазивна кардиология и образна диагностика, онкологичен и

² Амбицията на МБАЛ „Сърце и мозък“ е да приема пациенти от областите Видин, Монтана, Враца, Плевен, Габрово, Ловеч, Русе, Велико Търново, Търговище, Разград, Шумен – регион, обхващайки по този начин население над 1,5 млн. души.

радиохирургичен център и други. В състава на клинико-диагностичните структури на болницата влизат клинична, микробиологична лаборатория, а от 2021 г. генетична лаборатория и вирусологичната лаборатория, получили одобрение от Министерството на здравеопазването. Качеството им на работата се гарантира от редовното участие в националната система за външен контрол. Вирусологичната лаборатория провежда и PCR изследване за COVID-19, чиито резултати се при знаят при пътуване в чужбина или пристигане в България.

Със старта на пандемията от COVID-19, бе предприета първата стъпка от мениджърския екип на МБАЛ „Сърце и Мозък“ ЕАД – Плевен в изпълнение на заповедта на министъра на здравеопазването. Това стана безусловно поради факта, че болницата е ключова единица от системата на здравеопазване както в областта, така и на национално ниво. В тази връзка, със Заповед на Изпълнителния директор на лечебното заведение, бяха трансформирани 110 легла за лечение на пациенти в неусложнено и в крайно тежко състояние. Това действие бе за сметка на затварянето на общо 4 корпуса в състава на структурата на болницата, но напълно оправдано от гледна точка на преустановените планов прием и планови операции, довело до редуциране на приходната част на болничния бюджет. Вследствие на настъпилата промяна, бе възпрепятствана нормалната дейност на почти всички клиники в болницата, а именно да приемат и лекуват пациенти с животозастрашаващи заболявания като инфаркт, инсулт, тромбоза и дисекция на аортата (което в последствие след анализ на статистиката, индикира по-висока смъртност на пациенти с тези заболявания). По време на COVID-19 пандемията, частните болници, в това число и МБАЛ „Сърце и Мозък“ ЕАД – Плевен работят при съблюдаване и спазване на всички законови разпоредби и заповеди на Министерство на здравеопазването, както и държавните, и общинските болници, без обаче да получават субсидии от държавата, т.е от българските данъкоплатци. Работата с ковид-

пациенти, има за резултат тежък спад в приходите и едновременно с това – изключително високи разходи. Обезпечеността на частната болница с материали като например – предпазни облекла, шлемове, маски и дезинфектанти бе подпомогната безвъзмездно с малки количества от Регионалната здравна инспекция – Плевен, но останалите количества са изцяло за сметка на болницата и нейните лични запаси. Независимо от поетия ангажимент от страна на Министерство на здравеопазването, че лечебните заведения ще бъдат компенсирани заради извънредните разходи, посредством изплащане на висок процент дейност на база – предходен период, разходите на МБАЛ „Сърце и Мозък“ ЕАД – Плевен нарастваха непрекъснато, предвид допълнително въведените от държавата и здравните органи изисквания от типа PCR-тестване на всеки пациент, който постъпва за лечение. Веднага след отмяната на забраната за планов прием и планови операции, и тяхното възобновяване, разходите отново се повишиха, поради необходимостта от лични предпазни средства и специализирани защитни медицински облекла за медиците, чиято цена спекулативно нарасна в пъти, поради рязкото им търсене. Важно е да отбележим и проблема с недостатъчността на финансовия ресурс, необходим за лечение на пациент с COVID-19, поради факта че спецификата на всеки случай, изисква индивидуален подход към инфектираните. Освен това на практика няма възможност да се направи предварителна прогноза или разчет относно времето за престой на всеки пациент, нито пък необходимото медикаментозно лечение, предвид индивидуалните характеристики на болелите, вариращ от лека симптоматика до тежко състояние в случай на придружаващи заболявания, изискващи прилагането на по-интензивни грижи и използването на специализирана апаратура.

Втората стъпка, която предприе мениджмънта на МБАЛ „Сърце и Мозък“ ЕАД – Плевен беше в посока изграждане и оборудване на най-модерната и успешна COVID-19 реанимация в България, при това и най-

голямата в Северна България. Към живот бяха върнати стотици инфектирани пациенти в тежко състояние и по-конкретно – през периода на пандемията до настоящия момент в МБАЛ „Сърце и Мозък“ са приети над 3000 пациента с тежко протичащо заболяване и несъвместими с живота симптоми. Средно, пациентите оставаха в стационар 5,27 дни, а в интензивното COVID отделение – 9,81 дни. Смъртността, която се отчиташе в началото на пандемията от COVID-19 в МБАЛ „Сърце и Мозък“ ЕАД, беше сведена до 14,5%, което е един силно насърчаващ резултат не само за България, но и в Европа, където смъртността при пациенти, които са били приети за болнично лечение с COVID-19, средно е 24% (Симова, 2021).

Третата стъпка на мениджърският екип бе откриването на специализиран имунизационен кабинет, което съвпадна със старта на имунизационна кампания срещу COVID-19 (Министерство на здравеопазването, 2020). В изпълнение на Заповед № РД-01-726 от 23.12.2020 г. за стартиране на имунизационна кампания срещу COVID-19 в МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД, бе създаден специализиран имунизационен кабинет, в който са извършени повече от 7 711 ваксинации (около 20 на ден), както и мобилен имунизационен пункт по време на кампаниите в почивните дни на пл. „Възраждане“, за ваксиниране на открито, в който се поставят приблизително по 100 дози дневно.

През цялото време на пандемията до настоящия момент, мениджмънта на МБАЛ „Сърце и Мозък“ ЕАД – Плевен полага неимоверни усилия да съхрани човешките ресурси в лечебното заведение. Усилията са в следните посоки:

- поддържане на кадровата политика в болницата по задържане на служители, предвид факта, че професионалният риск на работещите, особено на първа линия е висок, а голяма част от тях пострадаха тежко от заболяването, докато друга част дори загубиха членове на семейства си;

- лекарите и медицинския персонал бяха изправени пред огромни предизвикателства и положиха много усилия, грижейки се за своите пациенти в условията на напрежение и неизвестност, рискувайки собствения си живот, като същевременно финансирането, което трябваше да получат за положения труд по линия на обещаното от изпълнителната власт, беше крайно недостатъчно, а съгласно заповед на министъра на здравеопазването, финансирането в новата четвърта вълна, дори ще бъде намалено;

- мотивацията на екипа на МБАЛ „Сърце и Мозък“ ЕАД - Плевен, също е нелека задача, предвид факта, че това не са лекари и сестри в инфекциозна болница и съгласно трудовия си договор, те не са длъжни да влязат в графици на новосъздаденото COVID отделение. Убеждаването на всеки един специалист, от всяко ниво опира до морална мотивация и разбирането, че тези хора трябва да бъдат убедени да поемат риска за собствения си живот и живота на семействата си;

- безкомпромисно изпълнение на плана за управление на риска (които ще бъдат обстойно разгледани в следващия параграф), от страна на ръководството на МБАЛ „Сърце и Мозък“ ЕАД – Плевен, с което се цели определяне на реда и методите за качествен анализ на риска, идентифициране и оценка на риска, както и алгоритъма за изпълнение на дейностите по планиране намаляването на въздействията на рисковите фактори до приемливо ниво.

Четвъртата стъпка на управленският екип на МБАЛ „Сърце и Мозък“ ЕАД – Плевен беше свързана с установяване на коректни отношения и създаване на атмосфера на пълно доверие с НЗОК/РЗОК – Плевен по отношение отчитането на извършената от лечебното заведение, дейност по време на пандемията. В основата на тази стъпка, от една страна са цените на клинични пътеки №39, 48 и 104, по които става отчитането и заплащането на лечението на пациенти с коронавирусната инфекция (УС на БЛС, 2021).

Въпросните клинични пътеки, както вече изтъкнахме по-горе в текста, не покриват реално извършените агрегирани разходи направени от болницата. От друга страна, зачестилите искания за възстановяване на средства от НЗОК, включващи тенденциозни, масови проверки при това в условия на пандемия и при изтъкване на формални причини за тази цел като: неспазен алгоритъм на лечение, отчетен пациент с антигенен тест, а не с PCR и прочие, които Българския лекарски съюз окачестви като „административен тормоз“ (УС на БЛС, 2021). Предвиденото увеличение на размера на клиничните пътеки за лечение от COVID-19, което вече е факт, безспорно допринесе за вливане на допълнителен ресурс в приходната част на бюджетите на лечебните заведения, но няма гаранция, че ще бъдат компенсирани намалените приходи, при такова бързо нарастване на разходите.

Петата стъпка на мениджърския екип на лечебното заведение е в посока лечение на пост-COVID синдрома, т. нар. „дълга опашка“ на COVID-19. Това са многообразни персистиращи състояния и увреждания при пациенти, преболели коронавирусната инфекция. Тези увреждания в малките съдове на мозъка, сърцето и цялото тяло са тясната специалност на МБАЛ „Сърце и Мозък“ ЕАД – Плевен и вече има редица постижения именно в диагностиката и продължаващото им лечение.

Рекапитулацията на данните от информационният масив на МБАЛ „Сърце и Мозък“ ЕАД – Плевен, по отношение на COVID-19, очертава следната статистическа картина (вж. табл. 18):

Таблица 18.

**Данни за дейността на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен във
връзка с COVID-19 по отделения**

Код на звено	312140	312910	312920	
Отделение	ПН Пневмология и фтизиатрия	ПН Covid-19 Стационар	ПН Covid-19 Интензивни	ОБЩО
Ср. бр. легла	20	100	10	130
Легл. дни		8037	4769	12806
Изпълн. в дни		803,7	794,83	1598,53
Норм. изп. в дни		1206	1206	2412
Изпълн. в проц.		66,64	65,91	132,55
Прем. болни		1524	486	2010
Оборот на легла		152,4	81	233,4
Изписани	1173	946	3	2122
Починали	410	81	314	805
Болн. летал.		5,31	64,61	70
Среден престой		5,27	9,81	15
Ср. бр. дневно		6,66	3,95	11
Брой преминали пациенти целево		2288	738	3026
Ср. бр. дневно целево		10	6	16
Доп. пациенти необх. за периода		764	252	1016

Източник: Информационен масив на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен

***Забележка:** Параметри: „Леглодни = Имаше болни“, „Ф-ла за прем. болен: $([Им.] + [П] + [Пр.от] + [Из.] + [Пр.в] + [У])/2$ “, „Ф-ла за леталитет: $100 * [Умрели] / [Изписани живи] + [Преведени в] + [Умрели]$ “

****Забележка:** Данните са извлечени от Информационният масив на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен и са за периода от 01/01/2020-00:00 ч. до 21/04/2023-00:00 ч.

Независимо от посочените предизвикателства в следствие на пандемията от COVID-19, мениджърския екип на МБАЛ „Сърце и Мозък“ ЕАД – Плевен, демонстрира гъвкав управленски подход и иновативна политика, съобразено с новите реалности, за което получи отличие за най-висок резултат при ваксиниране на населението в област Плевен и за съпричастност към имунизационната кампания срещу COVID-19. Що се касае до инвестициите на МБАЛ „Сърце и Мозък“ ЕАД – Плевен, в състояние на продължаваща пандемия с неясен хоризонт, то болницата

следва да приоритизира дейностите си, за да може да съхрани инвестиционните си планове и да гарантира съхраняване на екипа си (Нинов Н. Н., 2021).

Стратегическа стъпка на мениджърският екип на МБАЛ „Сърце и Мозък“ ЕАД – Плевен, е включването ѝ сред общо 131 лечебни заведения - бенефициенти по Проект BG16RFOP001-9.001 „Мерки за справяне с пандемията“³ по приоритетна ос 9 „Подкрепа за здравната система за справяне с кризи” на Оперативна програма „Региони в растеж“ 2014-2020 г. с предвиден бюджет в размер на общо 129 271 258,60 лева. Основна цел на проекта е посредством заложените дейности да бъде подкрепена здравната система на Република България в условия на сериозни затруднения и да се създаде готовност за реакция при евентуални следващи епидемични ситуации, посредством осигуряване на достъп до качествено лечение и развитие на телемедицината за осигуряване на живота и здравето на гражданите.

³ Дейностите по проекта са насочени към укрепване капацитета на болничната мрежа, чрез реконструкция, проектиране и ремонтни дейности за обособяване на изолирани структури за лечение на пациенти с COVID-19 към болници, осигуряване на медицинско и болнично оборудване за структурите, създадени за лечение и грижи за пациенти с COVID-19, повишаване капацитета на центровете за трансфузионна хематология за диагностика на COVID-19 и внедряване на телемедицина с оглед редуциране на контактите на инфектираните с коронавирус пациенти при получаване на медицински грижи. За повече информация виж. Насоки за кандидатстване по процедура BG16RFOP001-9.001 „Мерки за справяне с пандемията“ на <https://www.eufunds.bg/bg/oprd/node/7291>

3.2. Стъпки за изпълнение на Програма за овладяване на рисковете и възможностите на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен по време на пандемията от COVID-19

Още с обявяването на пандемията от COVID-19 у нас, мениджърският екип на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, пристъпи към актуализиране на своята Програма за овладяване на рисковете и възможностите, като за тази цел се обърна към специализирана фирма – консултантска организация „БСЖ Юнивърс“. Обект на Програма за овладяване на рисковете и възможностите е определяне на реда и методите за качествен анализ на риска, идентифициране и оценка на риска, както и реда за изпълнение на дейностите по планиране намаляването на въздействията на рисковите фактори до приемливо ниво. От ключово значение за ефективното и ефикасно прилагане на Програма за овладяване на рисковете и възможностите е етапът на избор на определяне на метод за качествен анализ на риска. Важността на този избор е продиктуван от необходимостта, избраният метод за качествен анализ на риска да притежава набор от следните характеристики:

- да е възможно най-подходящия за конкретната ситуация и организация – в конкретния случай МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен;
- резултатите от проведената оценка да спомагат за разширяване на разбирането за риска/овете в МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен и да дават насоки за въздействие спрямо него/тях;
- избраният метод следва да е проследим, повторим и проверим.

Факторите (Kachestvoto.com, 2020), повлияли при избора на конкретен метод за качествен анализ на риска в МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен се свеждат до:

- ✓ Дефиниране на целите на оценяването на риска в рамките на лечебното заведение. Именно този процес играе ключова роля,

предопределяйки по този начин – степента на задълбоченост и обхват на метода, който ще се прилага.

✓ Конкретизиране на потребностите на лицата, заемащи мениджърски позиции, в чиито правомощия ще бъде вземането на решения. В зависимост от типа и значението на възникналия/те проблем/ите, в някои случаи се налага по-висока и детайлизирана степен на подробност, докато в други случаи тя е не е необходима и е достатъчно да се подходи с по-общо разбиране.

✓ Определяне на вида, обхвата и потенциалните последствия от анализираният риск (в случая риска от COVID-19). Предвид природата на рисковете, същите могат да бъдат класифицирани на сложни и комплексни рискове. Именно това налага в определени случаи рисковете да се оценяват поотделно, а в други случаи да се оценява тяхното комплексно въздействие. Това пряко кореспондира с определянето на подходящия метод за оценяване.

✓ Обезпеченост с ресурси, в това число – знания, умения и практически опит на мениджърският екип, времевата ограниченост или финансовите възможности. В определени случаи, изборът на простия метод приложен правилно гарантира много по-надеждни резултати, отколкото използването на сложен и неточно подбран метод.

✓ Подсигуреност с достоверна информация и достатъчно данни, от които зависи до голяма степен неопределеността. Използването на определени методи изисква по-голямо количество информация от използването на други, което е от съществено значение при избора на метод. Неопределеността на данните, кореспондира пряко с качеството и надеждността на наличната информация. В този ред на мисли, липсата на надеждност на разполагаемите данни има за последствие – изкривяване на получените резултати, в следствие от оценяването на риска и неясноти при прогнозиране на развитието на организацията в бъдещето.

В оперативен порядък, стъпките за практическото изготвяне на Програма за овладяване на рисковете и възможностите на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен включват:

Стъпка 1. Анализ и идентифициране на възможните точки на риск за качеството на предлаганите услуги.

Идентифицирането, дефинирането и оценката на рисковите точки се осъществява от Изпълнителният директор на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, като:

- ✓ на обстойно разглеждане се подлагат всички процеси в лечебното заведение;
- ✓ определят се всички възможни случаи на въздействие върху качеството на продуктите и услугите на лечебното заведение (в контекста на COVID-19);
- ✓ определят се точните моменти на въздействие на входа, на изхода, както и по време на самия процес.

Стъпка 2. Определяне на елементите за оценка на риска

Елементите на риска от COVID-19, могат да бъдат:

- директни, тоест свързани с въздействия, произтичащи от непосредствената дейност на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен;
- индиректни, тоест свързани с въздействия от страна на заинтересовани страни (доставчици и подизпълнители).

Идентифицирането, количественото диагностициране, установяването на критерии за значимост и определянето на значимостта (тежестта) на елементите на риска се извършват на три етапа:

- 1) Определят се възможните случаи на потенциален риск за разглеждания процес/обект.
- 2) Определят се съответните моменти на въздействие в хода на самия процес и неговите резултати.

3) Оценка на съответствието на елементите за оценка на риска с:

- политиката по качеството на Организацията;
- изискванията, определени в общите и конкретните цели по качеството;
- нормативните изисквания;
- изискванията на заинтересованите страни;
- готовността за справяне с извънредни ситуации.

На първия етап се определя кръгът на възможности рискът да повлияе на определен процес. Това включва всички индиректни въздействия от страна на:

- дейностите (услугите) на МБАЛ „Сръце и мозък“ ЕАД – Плевен;
- подизпълнители;
- доставчици;
- заинтересовани страни.

На втория етап елементите на риска се разглеждат като неделима част от потока на процеса, при което се извършва анализ на причинно-следствените връзки.

На третия етап елементите на риска се разглеждат от гледна точка на отражението върху качеството на услугите и процесите и възможността за предотвратяване на негативни последствия по *метода* „Планиране – действие – проверка – корекция/превенция“ (Цикъл на Деминг) (Христов, 2021)⁴.

Стъпка 3. Изчисляване на риска

⁴ Цикъл на Деминг” е наименование на модела, разработен и популяризиран през 50-те години на XX век от Уилям Деминг – баща на т.нар. “Тотално управление на качеството”. Моделът е известен още като “Колело на Деминг”, както и с абривиатурите PDCA (Plan-Do-Check-Act) или PDSA (Plan-Do-Study-Act). Самият Деминг е наричал модела “Цикъл на Шухарт”, в чест на Уолтър Шухарт, който е бил ментор на Деминг и е разработил първоначалната идея на модела през 20-те години на XX век.

Оценката на риска се извършва веднъж годишно, както и при възникване на необходимост (каквото бе случая на обявяването на пандемията от COVID-19), съгласно изложената по-долу **Методика за оценка на риска**.

При оценяване значимостта на влияние на съответните рискове върху процесите в Организацията се използват следните величини:

- **A** е **Вероятност на сбъждане** на събитието;
- **B** е **Вероятност на откриване**;
- **C** е **Експозиция** на въздействието;
- **D** е **Тежест** на последствията.

Оценката на значимостта на риска върху качеството (V)

Значимостта на въздействието на риска се изчислява за всеки елемент по следната формула:

$$V = (A + B + C) \cdot D,$$

Стойностите на **A**, **B**, **C** и **D** се определят по следната таблица (вж. табл. 19):

Таблица 19.

Значимостта на въздействието на риска

Значимост	Стойности на A, B, C и D			
	Вероятност на сбъждане, A	Вероятност за откриване, B	Експозиция на въздействието, C	Тежест на последствията, D
Много висока	5	1	5	10
Висока	4	2	4	8
Средна	3	3	3	6
Ниска	2	4	2	4
Много ниска	1	5	1	2

Източник: Информация, предоставена от МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД - Плевен

Класификацията на рисковете върху качеството е представена в следната таблица (вж. табл. 20):

Таблица 20.

Класификация на рисковете

Класификация на риска	Стойност на оценката на значимост	Характеристика на въздействието
Много ниска значимост	до 20	Много малко въздействие върху качеството, с малка вероятност да настъпи.
Ниска значимост	от 21 до 50	Необичайни работни условия, които предизвикват слаб или краткосрочен риск, с малка вероятност да настъпи.
Средна значимост	от 51 до 80	Рискът настъпва при нормални работни условия с предвидим резултат. Вероятността за настъпване на необичайни условия е средна.
Висока значимост	от 81 до 120	Източникът се наблюдава често, а рискът ще доведе до значимо въздействие върху качеството на процесите. Елементите на риска представляват сериозно нарушение на законодателството. Вероятността за настъпване на риска е висока.
Много висока значимост	121 и повече	Въздействие, което води до сериозно отражение върху качеството. Наблюдават се системни нарушения на закона или рискът води до сериозни възражения и оплаквания.

Източник: Информация, предоставена от МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД - Плевен

Елементите на риска се класифицират съгласно оценката на отделните рискове – степента на значимост се определя като равна на значимостта на влиянието, оценено с най-висока степен на значимост.

Класификацията на рисковете за качеството е представена в следващата таблица (вж. табл. 21):

Таблица 21.

Класификацията на рисковете за качеството

Класификация на риска	Брой на въздействията	Брой на въздействията с много ниска значимост	Брой на въздействията с ниска значимост	Брой на въздействията със средна значимост	Брой на въздействията с висока значимост	Брой на въздействията с много висока значимост	Обща оценка на значимост
Много ниска значимост	от 1 до 5	Всички	0	0	0	0	до 20
Ниска значимост	от 1 до 10	Всички	от 1 до 7	0	0	0	от 21 до 50
Средна значимост	от 1 до 15	–	Всички	от 1 до 6	0	0	от 51 до 80
Висока значимост	над 15	–	Всички	Всички	от 1 до 5	0	от 81 до 120
Много висока значимост	над 15	–	–	–	Всички	1	120 и повече

Източник: Информация, предоставена от МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД - Плевен

Резултатите от направената оценка на риска се отразяват в секция Оценка на риска.

Стъпка 4. Оценка и овладяване на риска

С оценката на риска се установява допустимостта на определения риск и необходимостта от прилагане на мерки за неговото предотвратяване или намаляване до приемливо ниво. Трябва да се вземе под внимание ефикасността на вече приложените мерки за намаляване на риска.

Основни критерии за установяване допустимостта на риска са:

- съответствие с нормативните разпоредби;

- приложение на коригиращи действия, съгласно Процедура по управление.

Начините за овладяване на рисковете включват избягване на риска, поемане на риска с цел възползване от дадена възможност, премахване на източника на риска, промяна на вероятността или на последствията, споделяне на риска или задържане на риска на базата на разумно решение.

Стъпка 5. Описание на мерките, които се вземат

В рамките на този етап трябва да бъдат прецезирани мерките, които трябва да се предприемат с оглед отстраняване или ограничаване на риска. Тази фаза от оценката има за цел да осигури овладяване на риска. За да се реализира това, следва да се предложат мерки, намиращи се възможно най-високо в йерархията на превенцията (вж. табл. 22).

Таблица 22.

Мерки за овладяване на риска в МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД - Плевен

ОВЛАДЯВАНЕ НА РИСКА	
1.	Избягване на риска
2.	Поемане на риска с цел възползване от дадена възможност
3.	Премахване на източника на риска
4.	Промяна на вероятността или на последствията
5.	Споделяне на риска или задържане на риска на базата на разумно решение

Източник: Информация, предоставена от МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД - Плевен

В таблицата по-долу (вж. табл. 23) са посочени в синтезиран вид решенията, към които се придържат мерките.

Таблица 23.

Решения за действие, според степента на риска

СТЕПЕН НА РИСКА	РЕШЕНИЯ	ДЕЙСТВИЯ
Много ниска	Рискът е незначителен и не се предполага, че ще нараства в близко бъдеще	Не са необходими мерки
Ниска	Рискът е овладян на приемливо ниво, но няма доказателства, че би могъл да доведе до нарастване.	Сравняват се съществуващите мерки с приемливите практически норми и се обмислят евентуални действия.
Средна	Възможен риск, който би могъл да се увеличи в бъдеще.	Търсят се начини за подобряване на мерките и намаляване на риска.
Висока	Незадоволително и неефективно овладян риск	Незабавно се взимат и прилагат мерки.
Много висока	Повишен риск, който е незадоволително и неефективно овладян	Прекъсва се дейността. Прилагат се незабавно мерки за намаляване на риска.

Източник: Информация, предоставена от МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД - Плевен

3.2.1. Документация по оценяване на риска и възможностите

Двата ключови документа от номенклатурата на документацията, касаеща управлението на риска в МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен“ са:

- ДК 06_01_01 Оценка на риска;
- ДК 06_01_02 Програма за овладяване на рисковете и възможностите.

В тази връзка, изготвянето на оценката на риска се извършва на база:

- **Оценка на риска**

Към всяка Оценка на риска се определят мерки за овладяване на риска и възможностите, изявление за пропорционалността на предприетите действия за справяне с рисковете и възможности и съответствието им с

потенциалното въздействие на риска или възможности за съответствието на продукти и услуги. Оценката на риска се разглежда и утвърждава лично от Изпълнителния директор. Измерването на ефикасността на действията за овладяване на риска и възможностите се осъществява от Упълномощения представител на ръководството съгласно Програма за овладяване на рисковете и възможностите, утвърдена на Преглед на ръководството. Контрол по изпълнение на Програмата се осъществява от Съвета по качество и на Преглед от ръководството.

Стъпка 7. Преразглеждане на оценката на риска.

Ръководството на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, разглежда Оценката на риска веднъж годишно, за да се определи дали действията са били ефективни в намаляването на риска или реализиране възможностите. При възникване на извънредна ситуация, оценката на риска подлежи на преразглеждане и ревизиране.

Стъпка 8. Действия за овладяване на рисковете и възможностите

В следствие на изпълнението на посочените 7 стъпки, се стига до Стъпка 8 „Действия за овладяване на рисковете и възможностите“, т.е. идентифициране на реалните рискове, произтичащи от дейността на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен и външната окръжаваща среда. Те са посочени в таблицата по-горе в обобщен вид (вж. табл. 24). В тази връзка са дефинирани съответните мерки за тяхното овладяване, идентифицирани са отговорните за тази цел лица и са посочени сроковете за изпълнение, както и прогноза за необходимите за тази цел ресурси.

Таблица 24.

**Идентифицирани рискове, мерки, отговорник и срок за изпълнение на
Програма за овладяване на рисковете и възможностите на МБАЛ
„Сърце и мозък“ ЕАД - Плевен**

Идентифициран риск	Мерки за овладяване на риска	Отговорник	Срок за изпълнение	Прогноза за необходими ресурси
Поддръжка на техническата инфраструктура	Сключени договори за абонаментна поддръжка	УПР/Директор	Съгласно регистъра на договорите	
	Извършване на профилактични	Гл.мед.сестра	договори	
	Клинични изпитвания на параметри рентгенов апарат, съгласно договор	Гл.мед.сестра	4 пъти годишно	
	Дозиметричен контрол рентгенов апарат, съгласно договор	Гл.мед.сестра	4 пъти годишно	
	Радиационен мониторинг рентгенов апарат, съгласно договор	Гл.мед.сестра	1 път годишно	
	Абонаментна поддръжка асансьор, съгласно договор	Гл.мед.сестра	Периодично; проверка ДАМТН – до 30.09	
	Поддръжка и презареждане пожарогасители	Гл.мед.сестра	1 път годишно	
Доставка на медикаменти и консумативи с ниско качество	Сключени договори	УПР/Директор		
	Контрол на приема	Гл.мед.сестра		
Техническа инфраструктура - забавен монтаж и доставка	Сключени договори	УПР/Директор		
	Контрол на приема	Гл.мед.сестра		
	Наложени неустойки	Изп. директор		
Техническата инфраструктура - закупуване	Сключени договори	УПР/Директор	Съгласно ЗОП	Съгласно ЗОП
	Контрол на приема	Гл.мед.сестра	Съгласно ЗОП	Съгласно ЗОП
	Наложени неустойки	Изп. директор	Съгласно ЗОП	Съгласно ЗОП
Загуба на квалифициран персонал	Сключени договори	ЧР/Директор		
	Обучения на специализирания персонал	ЧР/Директор		
Риск от травми в хода на работния процес	Инструктажи – начален, периодичен и на работно място			
	Инструкции за работа с техника			
	Пожаро-безопасност			

Висок риск от вирусна инфекция с COVID-19	Осигуряване на психосоциална подкрепа на здравните работници по време на карантина или през цялата продължителност на заболяването, ако здравният работник е с потвърден COVID-19 вирус	УПР/ЧР/Директор	периодично, съгласно текущата ситуация	
	Осигуряване на обезщетение за периода на карантината и за продължителността на заболяването (ако работникът не е на месечна заплата) или осигуряване удължаване на договора за времето на карантината/заболяването	УПР/ЧР/Директор	периодично, съгласно текущата ситуация	
	Осигуряване на повторно обучение по контрол и превенция на инфекцията за персонала на лечебното заведение, включително здравните работници с висок риск от инфекция след 14-дневния карантинен период	УПР/ЧР/Директор	периодично, съгласно текущата ситуация	

Източник: Информация, предоставена от МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД - Плевен

3.2.2. Насоки за бъдещо развитие на „Програмата за овладяване на рисковете и възможностите“ на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен

Пандемията от COVID-19 изведе на преден план значението на „Програмата за овладяване на рисковете и възможностите“ на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен не само като регулаторно изискване, но и

като неразделна част от стратегията на лечебното заведение. Управлението на риска в болницата заема централно място, тъй като организацията се бори едновременно с продължителните последици от пандемията COVID-19, заплахите от влошаването на параметрите на икономиката (пряко рефлектиращи и върху здравния пазар) и динамиката на социално-политическите промени. Мениджърският екип осъзнава, че за да се запази конкурентоспособността на болницата в „новото нормално“ или реалността след COVID-19, е необходима по-силна програма за управление на риска – процес, който генерира стойност за нея като организация.

Група автори (Smith, Lee; Pifer, Anne; Fennel, Adam - Higher Education COVID-19 Response: Enterprise Risk Management, 2020) изказва становище, че организациите предприемат действия – отговор на настоящата криза в рамките на три фази:

1 фаза – включваща бърз отговор на нуждите, породени от пандемията (например да се осигурят гаранции за здравето и безопасността на персонала и пациентите; осигуряване на ЛПС и т.н.);

2 фаза – състояща се в пренасочване на ресурси, за да се осигури стабилизиране на организацията (оценка на рисковете, осигуряване на съответствие с възникващите безопасност и правни протоколи, и др.);

3 фаза – заключаваща се в проучване и прилагане на промени в организацията, за да се гарантира устойчивост и дългосрочен успех.

Трета фаза е изключително важна, т.к. в рамките на същата, мениджмънта на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, трябва да прецизира набора от управленски механизми, методи и подходи за усъвършенстване на своята „Програмата за овладяване на рисковете и възможностите“. В този ред на мисли, след дълъг и задълбочен анализ на ръководството на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, бяха очертани следните приоритетни насоки за бъдещо развитие на програмата:

✓ Перманентна ревизия и проверка на включените в „Програмата за овладяване на рисковете и възможностите“ процеси и методи за идентифициране на риска, като основна част от прилагането на този вид програми. От правилният подбор на методите, до голяма степен зависи и адекватността на мерките, които следва да се предприемат в отговор на идентифицираните рискове, а от там и на необходимите за тази цел ресурси и т.н. Тоест евентуални пропуски или слабости при подбора на методите, би имал за последствие слаба резултатност и нисък коефициент на полезно действие на плана.

✓ Изследване на ПУР от стратегическа гледна точка, което изисква проучване на рисковите сценарии със специален фокус върху това как най-ценните активи на организацията и движещите сили на стойността ѝ са засегнати. Целта е при евентуално настъпване на бъдещи кризи, тези движещи сили на стойността да могат да бъдат поддържани, за да съхранят жизнеспособността на болницата.

✓ Нов анализ на рисковете, пред които е изправена МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, с помощта на актуализиран набор от риск индикатори. Индикаторите за риск са предназначени да дават навременна информация за промени в условията на риска, за да позволят на ръководството на организацията да предприеме подходящи действия.

✓ Прилагане на сценарийният анализ, с помощта на който се разглежда въздействието на хипотетични събития при различни сценарии. Анализът на сценариите е анализ отгоре надолу на „какво ще стане, ако“, който измерва въздействието, което хипотетично събитие или комбинация от събития ще окаже върху организацията. При криза като COVID-19 анализът на сценариите е важен инструмент за организациите за оценка на нейното въздействие.

✓ Провеждане на стрес тестове, които имат за цел – измерване на загубите, които възникват поради значителни скокове в основните рискови

фактори, движещи рисковите процеси, или поради критични точки, които изместват траекторията на рисковите процеси в екстремни състояния. Именно по време на кризисни ситуации, когато историческите данни и анализът са ограничени, стрес тестовете се оказват полезни, поради перспективния им характер и възможността за експертна оценка. Това автоматично ги превръща в полезен инструмент за моделиране на неблагоприятни сценарии и количествено определяне на въздействието на подобен род събития върху организацията.

✓ Въвеждане на обратни стрес тестове, които изискват от организацията да оцени сценариите и обстоятелствата, които биха направили бизнес моделите му неработещи, като идентифицират потенциални уязвимости на процесите.

С посочените основни насоки, далеч не се изчерпва списъка от необходими стъпки за подобряване на „Програмата за овладяване на рисковете и възможностите“ на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, но всички тези инициативи, могат да се разглеждат като потенциална възможност за бързо разработване на работещи и ефективни планове за действие и системи за управление на кризи. Важно е да се разгледат всички предизвикателни сценарии за възникване на екстремни рискове като този от COVID-19, включително такива, с които досега не сме се сблъскали като болница. Само по този начин може да се осигури непрекъснатост на дейността и да се предотвратят неплатежоспособността и фалита на организацията, да се обезпечат както очакванията на акционерите-собственици на дружеството, така и на всички останали заинтересовани страни в обществото.

3.3. Анкетно проучване относно отражението на COVID-19 върху дейността на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД - Плевен

3.3.1. Обща информация и параметри на проведеното анкетното проучване

За целите на настоящият дисертационен труд и по-конкретно за установяване на информираността на персонала на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, относно: наличието, добрата информираност, познаването на алгоритъма на действие и съществуването на обратна връзка по повод на приетата и прилагана от мениджмънта на болницата „Програма за овладяване на рисковете и възможностите“ като цяло и в частност по повод на пандемията от COVID-19 е проведено „Анкетно проучване относно отражението на COVID-19 върху дейността на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен“.

Обект на анкетата – персонала на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен.

Предмет на анкетата – осведомеността на персонала по отношение на действащата „Програма за овладяване на рисковете и възможностите“ и даване на субективна оценка относно адекватността и състоятелността на предприетите от болничния мениджмънт набор от управленски решения и действия за минимизиране на влиянието и последствията от разразилата се пандемия от COVID-19.

Цел на анкетата – да се получат достоверни и обективни данни относно: 1) отношенията между отделните членове на персонала на работното място, от гледна точка на екипната (колективна работа); 2) проявеното ниво на професионална отговорност на наставника по отношение на безопасността на пациентите и създадения в тази връзка от ръководството микроклимат, координация и сътрудничество между болничните звена; 3) честотата на докладваните нежелани събития или грешки на персонала и надеждността на вътрешните правила; 4) детайлното

познаване на „Програма за овладяване на рисковете и възможностите“, алгоритъма на действие на персонала при настъпване на риск от различно естество, както и действията по осигуряване на здравето и безопасността на отделните работни места; 5) бързината и адекватността на болничното ръководство при предприемане и въвеждане на мерки във връзка с пандемията от COVID-19 и проведените обучения за прилагане на стандартни процедури при откриването на симптоми от инфектиране с COVID-19, достатъчността и достъпа до лични предпазни средства, фиксираните трудности във връзка със заболяването; 6) натрупаният трудов стаж в МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, в болничното звено и в здравната система като цяло, продължителността на работната седмица, конкретно заеманата работна позиция и в тази връзка – наличието или отсъствието на директен контакт с пациенти.

Основна теза на анкетата – потвърждаване на идеята, че ключов за гарантиране на непрекъснатостта и високото качество на здравните услуги, както и за безопасността на пациентите и медицинските специалисти се явява проактивният начин за дефиниране и управление на рисковете в болничните лечебни заведения, а именно – риск мениджмънта. Последният се явява едновременно функция и инструмент за подобряване на резултатите от дейността на болницата, но единствено при съблюдаване на спазването на две ключови условия: 1) това да не се прави фиктивно, а да се превърне във философия на организацията; и 2) целият персонал на лечебното заведение – от шофьора на линейка до изпълнителният директор, да са активни участници в този процес, което е гарант за успеха на плана за управление на риска. В конкретният случай апробиране на идеята, че усилията положени от мениджърски екип на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, дават реален резултат, който им помага за превръщането им в лидер на пазара не само в регионален, но и в национален мащаб.

Анкетата е създадена с помощта на Google Forms – инструмент за споделяне на *онлайн* формуляри и анкети и с възможност за анализиране на отговорите в реално време.

При провеждането на извадкови изследвания е изключително важно определянето на обема на извадката или в случая това е броят на лицата, които ще бъдат анкетирани и ще попълнят специално създадената за това проучване анкетна карта. За определяне на обема на извадката е използвана стандартната формула за определяне на обема на извадката, при спазване на следните условия:

- При този вид изследвания не е известна вариацията в съвкупността, т.е. няма информация за стандартното отклонение и дисперсията от предходни изследвания, поради което в такъв случай се допуска, че процентът на лицата, които биха попълнили анкетата и тези, които биха отказали да я попълнят е по 50 %;
- Гаранционната вероятност е 95% или $p(z) = 0.9500$ и гаранционният коефициент е 1,96;
- Максимално допустима (пределна) грешка от 5%.

В резултат на направените изчисления се установи, че броят на попълнените анкетни карти трябва да бъде 185. За определяне на лицата, които ще попадат в извадката е приложен случаен неповторен подбор. Получената извадка е структурирана по категории персонал с цел максимално възпроизвеждане на структурата на генералната съвкупност, което ще позволи генерализиране на изводите от проведеното изследване.

Анкетата е проведена през периода от 13 април – 2 май 2023 г., като е приложен случаен неповторен подбор като на лицата, попаднали в извадката, е дадена възможност да попълни една анкетна карта с въпрос от типа: позитивно – негативно. Въпросникът е оформен по класическата структура: въведение, основна част и заключение.

Преди да се проведе същинското изследване бе извършено пробно - пилотно изследване на 10 лица от персонала на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД - Плевен, за да се установи как протича изследването и да се тества анкетната карта и ако е необходимо да се направят корекции в нея и да се отстранят други установени пропуски. Резултатите от контролното тестване, показаха че въпросите са разбираеми и коректно формулирани и не затрудняват попълването на анкетната карта.

Въпросите в анкетната карта са от закрит тип с предвидени 5 възможни варианти на отговор, от които анкетиращият да направи избор. Този вид скала е известна като петстепенна Ликертова скала, която позволява да се набере по-прецизна информация от анкетиращия. При тази скала е възможно отговорите да бъдат условно означени от 1 до 5 и да се изчислят някои обобщаващи характеристики.

Попълването на анкетната карта е анонимно и с оглед спазването на изискванията за конфиденциалност на предоставяната информация, не са включени въпроси, характеризиращи възраст и пол.

Преди да пристъпим към коментар на резултатите от анкетната карта, наименована „АНКЕТА ОТНОСНО ОТРАЖЕНИЕТО НА COVID-19 ВЪРХУ ДЕЙНОСТТА НА МБАЛ „СЪРЦЕ И МОЗЪК“ ЕАД – ПЛЕВЕН“ ще направим кратко описание на анкетната карта в т.ч. – брой въпроси и тематиката им, както и какво се цели с тях.

За настоящото изследване е използвана анкетна карта, структурирана в шест секции, в които са разположени следните раздели:

- **Раздел А. Вашето работно място, отделение, клиника или сектор.** В този раздел са включени общо 14 въпроса, посредством които се цели да се представят резултатите, свързани с работният процес на конкретно работно място, отделение, клиника или сектор. Отчита се наличието или отсъствието на взаимната подкрепа в болничните звена и достатъчността на наричния персонал. Установява се наличие или отсъствие

на работа в екип на персонала в отделните звена в лечебното заведение, както и дали е налице взаимно уважение между служителите. Определя се дали е налице извънредна работа и дали служителите считат, че е необходимо да бъде назначен допълнителен персонал, както и последващото преодоляване на възникнали в процеса на работа грешки. Чрез направеното анкетно проучване се получава и информация за това дали всички служители работят активно, за да подобрят безопасността на пациентите и дали при необходимост, мениджмънта на болницата наема допълнително персонал за да се подобри обслужването на пациентите и за да се обезпечи работата на съответното болнично звено. В този раздел се получава информация за лечебното заведение по проблемите свързани с докладването на грешки от страна на служителите към съответният ръководител и дали те се взимат под внимание от него. Отчита се и дали е налице взаимна помощ между отделните звена в лечебното заведение. Отчита се и достатъчността на ресурсите, чиято цел е постигането много работа за технологично установеното за тази цел време, но това дали е за сметка на безопасността на пациентите. Установява се и дали процедурите и мерките успешно предотвратяват възникването на грешки.

- **Раздел Б. Вашият наставник/ръководител.**

Разделът съдържа общо 9 въпроса въз основа, на които се установява каква е оценката на персонала за работата на наставника/ръководителя на отделни звена в МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен. Тук са включени въпроси, чрез които се цели определяне отношението на наставника/ръководителя към персонала, както и дали служителите считат, че се гарантира безопасността на пациентите. Отчита се дали е налице координация между отделните звена в лечебното заведение, с цел осигуряване на най-добрата грижа за пациентите.

- **Раздел В. Брой докладвани нежелани събития или грешки.**

В тази час от анкетата са позиционирани общо 2 въпроса, на базата на които се установява – броят на нежелани събития или грешки, за които персоналът е попълнил и предал. Отчитат се и резултати, свързани с въвеждането на системата за доброволно докладване на нежелани събития или грешки (при запазване на анонимността на служителите и без ответни наказателни действия), и дали същите биха съобщили за нежелани събития или грешки, или за друга информация, свързана с безопасността на пациента, която е потенциална заплаха за неговото здраве.

• Раздел Г. Информираност относно Програма за овладяване на рисковете и възможностите (програмата за управление на рисковете) на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен.

Разделът съдържа общо 9 въпроса, с помощта на които се оценява – каква е степента на запознаване на персонала с Програмата за овладяване на рисковете и възможностите (програмата за управление на рисковете) на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, в това число и информираност за нейните в детайли. Тук са включени и въпроси, отговорите на които носят информация относно дали на персонала е проведено обучение с цел запознаване със спецификите на плана за управление на риска в болницата. Изисква се да споделят, дали е проведено обучение на персонала за това – как да реагира и кои протоколи да се задействат при природни и предизвикани от човека бедствия (като бури, пожари, пандемии, загуба на електрозахранване, загуба на комуникации, терористични атаки или други подобни), предварително идентифицирани като рискове за лечебното заведение. Търси се отговор и на въпроса – проведена ли е инструкция относно процедурата за докладване на събитие (нежелано) и за формата на документиране на отговора на организацията и отговорните лица във връзка с настъпил риск. Има запитване за това дали е извършена оценка на риска, която да обхваща конкретно работно оборудване, помещенията, работните места, организацията на труда, използването на суровини и материали и

другите аспекти на работната среда и работните процеси, които представляват опасност или имат значение за безопасността и здравето при работа. Тук са посочени и няколко твърдения, с които персоналът изказва своето съгласие или несъгласие относно това дали мениджмънта на болницата е планирал подходящи мерки за предотвратяване на риска и дали е осигурена защита както на персонала, така и на пациентите и всички други лица, които биха могли да бъдат засегнати от установените при оценката на риска опасности; дали е създадена необходимата организация за изпълнението на планираните мерки, както и за осъществяване на ефективно наблюдение и контрол за извършване на работата от работещите без риск за здравето и безопасността; а така също и дали са предприети необходимите мерки за координация на действията по осигуряване на здравето и безопасността на отделните работни места.

• Раздел Д. Оценка на въздействието на COVID-19 върху дейността на персонала на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен.

Зададени са 11 въпроса, на основата на които се установява – относно бързината на реакция на мениджърският екип на болницата във връзка с обявяване началото на пандемия от COVID-19 и по-конкретно по отношение на безопасността на пациентите и персонала. Установява се и дали мениджмънтът на болницата е запознал своевременно със съдържанието на Ръководството за комуникация на риска от COVID-19 за здравни заведения (на Световната здравна организация) своят персонал. Тук са формулирани и питання, свързани с обучението как да се прилага стандартната процедура при инфектиране с COVID-19 и дали е проведено обучение за това как служителите да забелязват симптоми на потенциална инфекция с COVID-19. Отчита се дали персоналът е запознат с дефиницията на състоянието и има ли разписание на стъпките за поведение, налично и достъпно за справка в пункта за триаж и дали от самото начало на епидемията от COVID-19, мениджмънта на лечебното заведение осигурява

на работно място достатъчно количество и качество на лични предпазни средства на персонала, както и дали е мениджмънтът на болницата е провел обучение относно важността, подбора и правилното използване на лични предпазни средства. В този раздел се търси отговор на въпроса за това дали са разписани ясни правила относно: управление на настаняването, управление на околната среда и посещенията (когато това стана възможно). Определя се степента на участие на служителите на болницата в диагностичнолечебния процес на болен от COVID-19 и какъв е характера на най-сериозните предизвикателства и трудности в работния процес, с които са се сблъскали служителите, свързани по повод на епидемията от COVID-19. Представена е оценка на плана за управление на риска от инфектиране с COVID-19 и предприетите в тази връзка действия от страна на мениджърския екип на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен.

- **Раздел Е. Информация за Вашия професионален опит.**

Включени са общо 6 въпроса, на базата на които се установява професионалният опит на персонала в МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, както и конкретното звено от лечебното заведение, в което работи респондента. Отчита се седмичният брой работни часове на служителите, тяхната заемана длъжност и това дали имат директен контакт и взаимодействие с пациентите. Тук се установява и трудовият стаж по професията на служителите.

Въпросите в анкетната карта са от закрит тип с предвидени 5 възможни варианти на отговор, от които анкетируаният да направи избор. Този вид скала е известна като петстепенна Ликертова скала, която позволява да се набере по-прецизна информация от анкетируания. При тази скала е възможно отговорите да бъдат условно означени от 1 до 5 и да се изчислят някои обобщаващи характеристики.

Попълването на анкетната карта е анонимно и с оглед спазването на изискванията за конфиденциалност на предоставяната информация, не са включени въпроси, характеризиращи възраст и пол.

3.3.2. Анализ на отговорите на анкетното проучване

Анализът на резултатите от проведеното анкетно проучване следва структурата на въпросника по раздели, като замисълът и логиката на изпълнението са, че по този начин с всеки следващ въпрос се допълва, разширява и задълбочава представянето на обекта на изследване и емпирично се доказва тезата, че риск мениджмънтът на болничните лечебни заведения е ключов за гарантиране на непрекъснатостта и високото качество на здравните услуги, както и за безопасността на пациентите и медицинските специалисти.

- ***Раздел А: Вашето работно място, отделение, клиника или сектор.***

Моля, посочете основното си работно място.
184 отговора



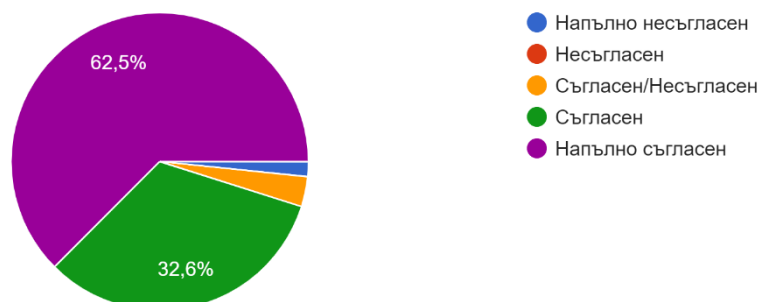
**Фигура 18. Раздел А: Вашето работно място, отделение, клиника или сектор/
Уточняващ въпрос**

В рамките на първият въпрос, се конкретизират работното място на респондентите в МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен. С най-голям дял са респондентите с работно място в Хирургично отделение (33,2%), Вътрешно

отделение (8,2%), Лаборатория (7,6%), Отделение за интензивни грижи (7,1%) и т.н.

Моля, отбележете Вашето съгласие или несъгласие с изброените по-долу твърдения по отношение на Вашето работно място. 1. Хората в болничното звено се подкрепят взаимно.

184 отговора

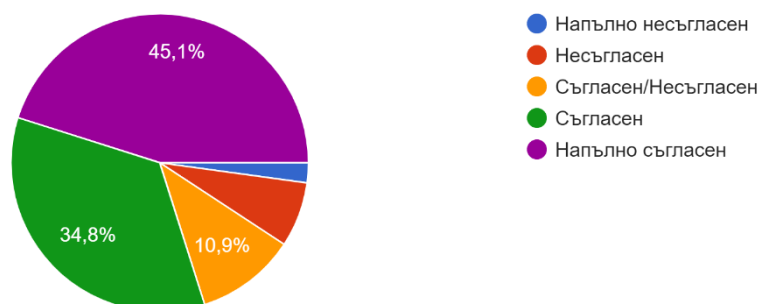


*Фигура 19. Раздел А: Вашето работно място, отделение, клиника или сектор/
Въпрос №1*

62,5% от респондентите са напълно съгласни, а 32,6% са съгласни или общо 95,1% с твърдението, че хората в болничното звено, в което работят се подкрепят взаимно. Колебаещите се дали това е така са 3,3%, а напълно несъгласните с това твърдение са 1,6% от участвалите в анкетата.

2. Разполагаме с достатъчно персонал за справяне с работното натоварване.

184 отговора



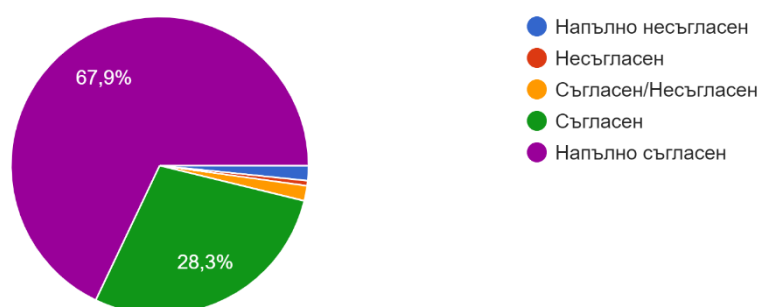
*Фигура 20. Раздел А: Вашето работно място, отделение, клиника или сектор/
Въпрос №2*

Напълно съгласните (45,1%) и съгласните (34,8%), или общо (79,9%) от респондентите са отговорили, че МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен,

разполага с достатъчно персонал за справяне с работното натоварване. Колебаещите се относно това твърдение са 10,9% от анкетираните, а несъгласните с това твърдение са общо 9,35 от отговорилите на въпроса служители.

3. Когато е необходимо да се свърши голям обем от работа за кратко време, всички работят като екип, за да се справят заедно.

184 отговора

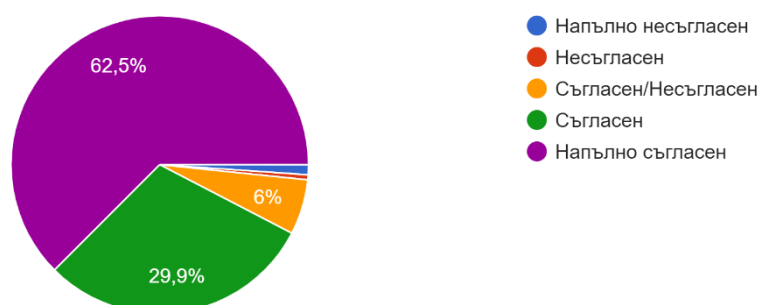


*Фигура 21. Раздел А: Вашето работно място, отделение, клиника или сектор/
Въпрос №3*

На този въпрос, положителен отговор са дали 96,2% от анкетираните лица, което потвърждава „екипния дух“ на персонала на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, що се касае до необходимостта да се свърши голям обем от работа при ограничен времеви диапазон. Процентът на колебаещите се и несъгласни с това твърдение респонденти е съответно – 1,6% и 2,1%.

4. Хората се отнасят с уважение и колегиалност един към друг.

184 отговора



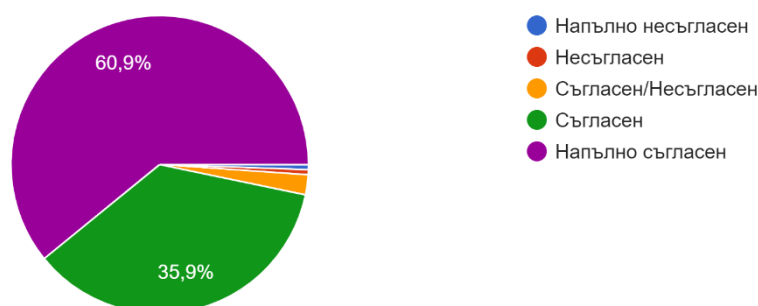
Фигура 22. Раздел А: Вашето работно място, отделение, клиника или сектор/

Въпрос №4

Положително отговорилите като съгласни с това твърдение са общо 92,4%, при колебаещи се 6% и несъгласни 1,6% от респондентите. Резултатът демонстрира високо ниво на уважение и колегиалност между членовете на персонала на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, които благоприятстват изпълнението на мисията и целите на болницата.

5. Персоналът в болничното звено работи извънредно, тогава, когато това се налага за доброто на пациентите.

184 отговора



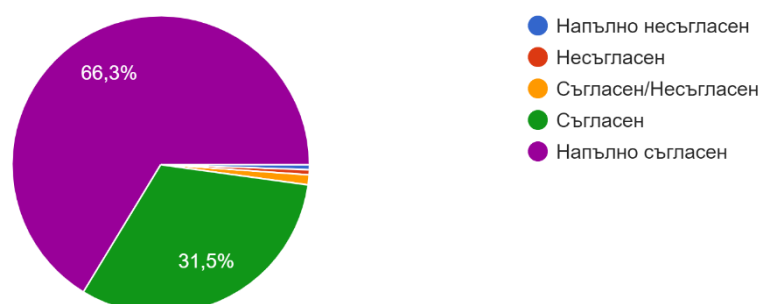
Фигура 23. Раздел А: Вашето работно място, отделение, клиника или сектор/

Въпрос №5

96,8% от анкетираните служители са отговорили положително на твърдението, че са готови да работят извънредно, когато това се налага за доброто на пациентите. 2,2% са колебаещи относно това твърдение, а само 1% не са съгласни с по-горното твърдение. Изводът, който може да се направи, е че в МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, пациентът е поставен на „пиедестал“ и всичко се прави в името на неговото добруване, безопасен престой и качествено лечение.

6. Всички работят активно, за да подобрят безопасността на пациентите.

184 отговора



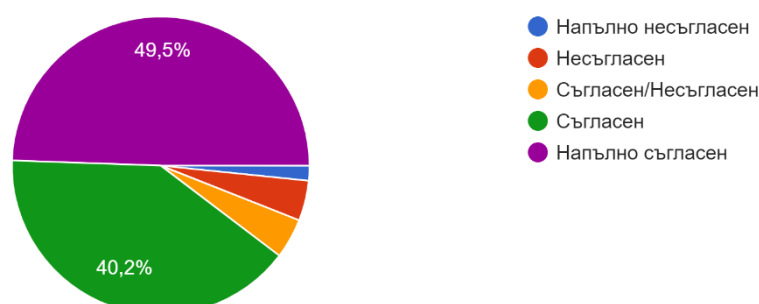
Фигура 24. Раздел А: Вашето работно място, отделение, клиника или сектор/

Въпрос №6

Положително отговорилите на твърдението, че за безопасността на пациентите се работи активно от страна на екипа на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен са 97,8%. Колебаещите, относно това твърдение и несъгласните с него са съответно 1,1% и 1%. Отговорите на този въпрос, затвърждават главната цел на мениджмънта на болницата, реализирана от нейния персонал, а именно – пълната безопасност на пациентите е приоритет за всички.

7. При необходимост, мениджмънта на болницата наема допълнително персонал за да се подобри обслужването на пациентите и за да с...печи работата на съответното болнично звено.

184 отговора



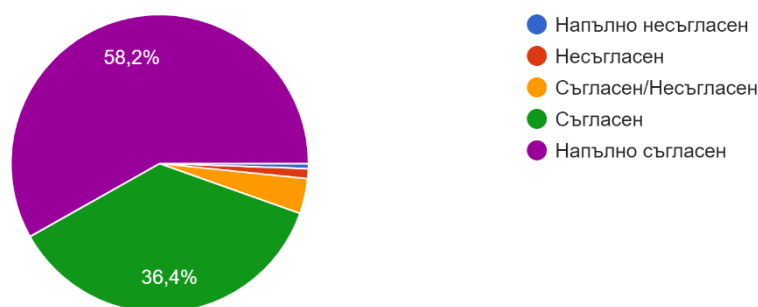
Фигура 25. Раздел А: Вашето работно място, отделение, клиника или сектор/

Въпрос №7

Наемането на допълнителен персонал, за да се подобри обслужването на пациентите и за да се обезпечи работата на съответното болнично звено е факт, според мнението на 89,7% от анкетираниите. Колебаещите се по отношение на това твърдение са 4,3%, докато 5,9% не са съгласни с него. Отново високият процент, подкрепящи това твърдение, демонстрира готовността на мениджмънта на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен да реагира адекватно и с разбиране по отношение на окомплектоването на различните звена в рамките на болницата, обезпечавайки необходимите за целта кадри.

8. Служителите считат, че докладваните грешки се вземат под внимание от болничният мениджмънт.

184 отговора



*Фигура 26. Раздел А: Вашето работно място, отделение, клиника или сектор/
Въпрос №8*

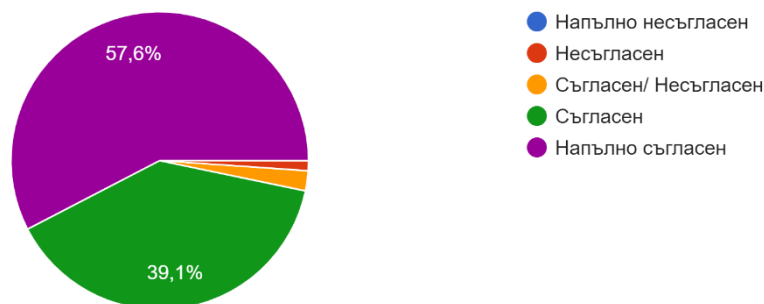
94,65 от респондентите на анкетата, потвърждават факта, че докладваните от тях грешки, се вземат под внимание от страна на болничното ръководство, т.е. в този процес има смисъл и води до желания от анкетираниите резултат – положителни промени (вж. фиг. 27). Колебаещите се относно въпросното твърдение са 3,8%, а несъгласните 1,6%, което прави техния дял незначителен.

За положителните промени от отчитането на грешките и взетите след това мерки, свидетелстват отговорите на 96,7%, при колебаещи се 2,2% и несъгласни 1,1%. От тук може да се направи заключение за сериозността на

отношението на мениджмънта на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен към проблемите с възникнали и докладвани грешки, и за проактивната му политика по тяхното отстраняване, което е атестат за висока оценка на неговия професионализъм.

9. Отчитането на грешките и взетите след това мерки водят до положителни промени.

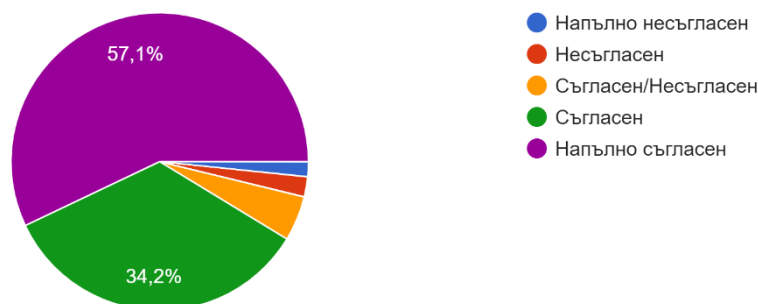
184 отговора



**Фигура 27. Раздел А: Вашето работно място, отделение, клиника или сектор/
Въпрос №9**

10. Когато някъде в болничното звено стане прекалено натоварено, другите помагат.

184 отговора



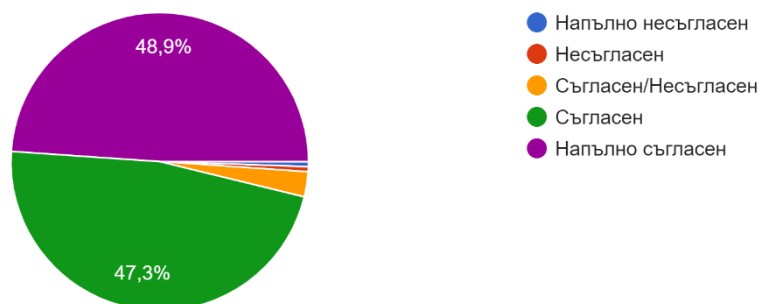
**Фигура 28. Раздел А: Вашето работно място, отделение, клиника или сектор/
Въпрос №10**

91,3% от респондентите потвърждават твърдението, че съществува взаимопомощ в рамките на болничното звено, когато възникне висока натовареност. Колебание по отношение на това твърдение изказват 4,9% от анкетираните, докато 3,8% от тях не са съгласни с него. Заключение, което следва се направи е свързано с констатиране на висока професионална

отговорност и колегиалност, която съществува в рамките на екипа на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен.

11. След като осъществим промените за подобряване на безопасността на пациентите, ние преценяваме доколко те водят до положителни резултати.

184 отговора

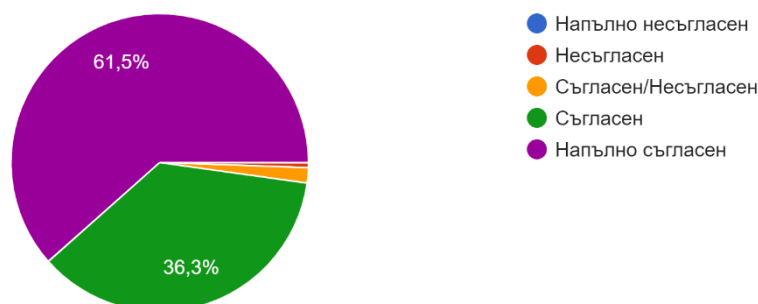


*Фигура 29. Раздел А: Вашето работно място, отделение, клиника или сектор/
Въпрос №11*

96,2% от респондентите са потвърдили, че осъществяването на промените за подобряване на безопасността на пациентите, се проследяват с цел преценка на положителните резултати, които се очакват от тяхното апробиране. Колебаещи си в отговора си на това твърдение са 2,7%, а 1% от тях – не са съгласни с него. Изводът от отговорите на така формулирания въпрос, е че мениджмънта на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, подхожда сериозно и отговорно към промените свързани с безопасността на пациентите, и следи за добавената стойност от тяхното инициране.

12. Работим в условия на достатъчно ресурси, опитвайки се да свършим много работа за технологично установеното за тази цел време.

182 отговора

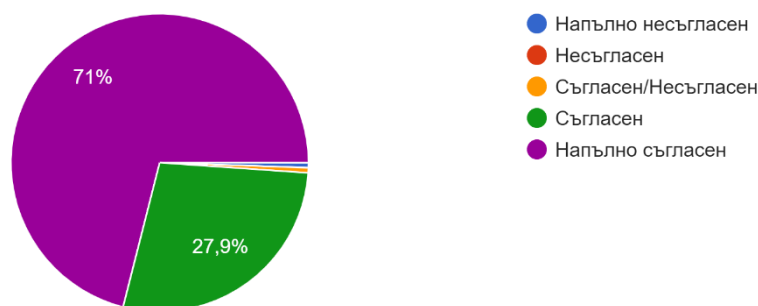


Фигура 30. Раздел А: Вашето работно място, отделение, клиника или сектор/

Въпрос №12

97,8% от анкетираните лица са съгласни с твърдението, мениджмънта на болницата е осигурил достатъчно ресурси, с които да се свърши голямообем от работа при съблюдаване на технологично установеното за тази цел време. 1,6% са колебаещите се относно горепосоченото твърдение, а само 0,5% са несъгласни с него.

13. Никога не пренебрегваме безопасността на пациентите, за да свършим повече работа.
183 отговора



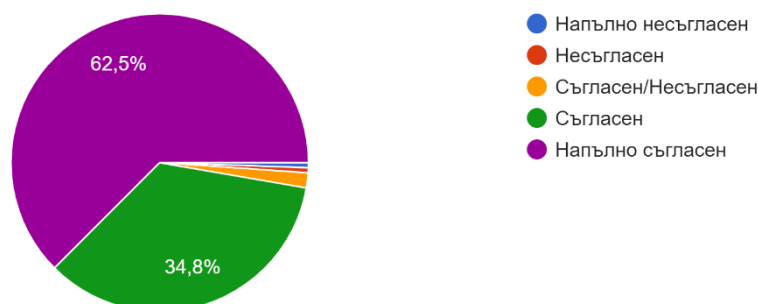
Фигура 31. Раздел А: Вашето работно място, отделение, клиника или сектор/

Въпрос №13

98,9% от респондентите застават зад твърдението, че изпълнението на голям обем от работа никога не се прави за сметка на безопасността на пациентите. Колебаещите и несъгласните с това твърдение са общо 1% от анкетираните. Изводът, който следва от отговорите на този въпрос са, че в МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен безопасността на пациентите е приоритет на всички и компромиси по отношение на нея не се допускат.

14. Нашите процедури и мерки успешно предотвратяват възникването на грешки.

184 отговора



Фигура 32. Раздел А: Вашето работно място, отделение, клиника или сектор/

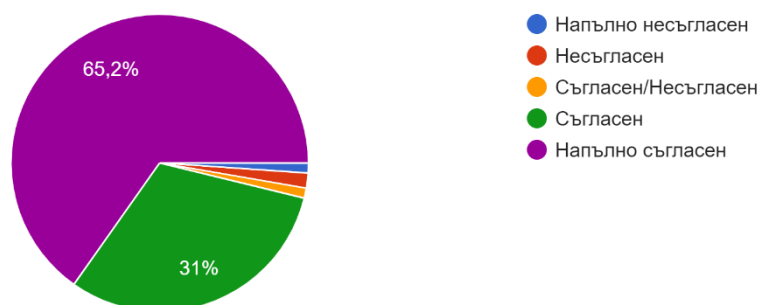
Въпрос №14

Висока оценка за болничните процедури и мерки, касаещи успешното предотвратяване на грешки в МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, са заявили 97,3% от анкетираните. Колебаещите относно въпросното твърдение са 1,6%, а несъгласните с него само 1%.

• **Раздел Б: Вашият наставник/ръководител.**

1. Моят наставник/ръководител казва добри думи, когато работата е свършена съгласно утвърдените процедури за безопасност на пациентите.

184 отговора



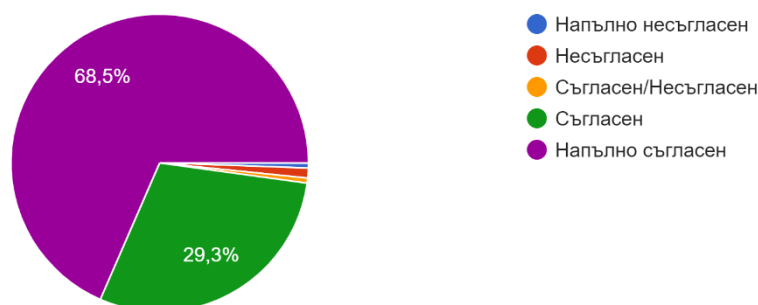
Фигура 33. Раздел Б: Вашият наставник/ръководител/Въпрос №1

96,2% от участниците в анкетното проучване са потвърдили факта, че техният наставник е насърчил тяхната работа с положителна оценка, когато са изпълнили същата съобразно утвърдените процедури за безопасност на

пациентите. 1,1% са колебаещи в потвърждаването или отхвърлянето на това твърдение, докато останалите 2,7% не са съгласни с него. Резултатите от отговорите на този въпрос потвърждават твърдението, че висшият персонал на болницата, поощрява активното прилагане на процедури за безопасност на пациентите в МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен и търси обратна връзка в тази посока, което пък е видно от дадените отговори на 97,8% от запитаните дали се вземат под внимание, от мениджмънта на болницата, предложенията на персонала за подобряване на безопасността на пациентите (вж. фиг. 34). Колебаещите се в това твърдение са 0,5% от респондентите (1 анкетиран от 184 участници), а несъгласни с него са 1,6% (3 анкетирани от 184 участници).

2. Моят наставник/ръководител сериозно взема под внимание предложенията на персонала за подобряване безопасността на пациентите.

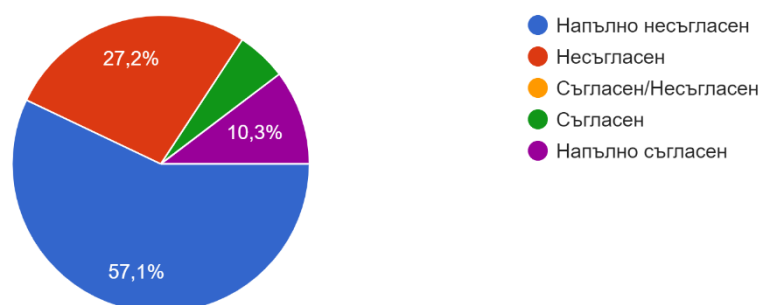
184 отговора



Фигура 34. Раздел Б: Вашият наставник/ръководител/Въпрос №2

3. Моят наставник/ръководител пренебрегва възникващите проблеми, касаещи безопасността на пациентите.

184 отговора

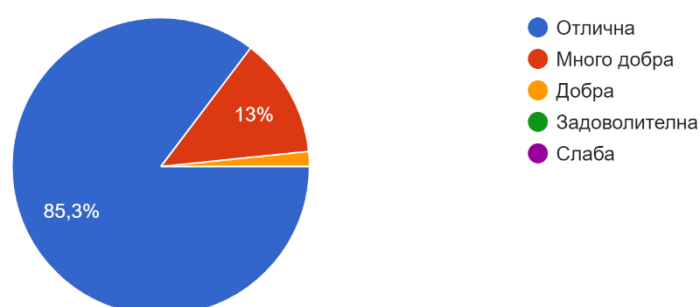


Фигура 35. Раздел Б: Вашият наставник/ръководител/Въпрос №3

84,3% от респондентите считат, че техният наставник/ръководител не пренебрегва докладваните възникващи проблеми, които касаят безопасността на пациентите. 15,7% са на противоположното мнение и считат, това е факт. Изводът от отговорите на въпроса, е че е налице отговорно поведение и „чуваемост“ от страна на ръководството на болницата.

4. Дайте Вашата оценка за степента на безопасност на пациентите във Вашето болнично звено.

184 отговора

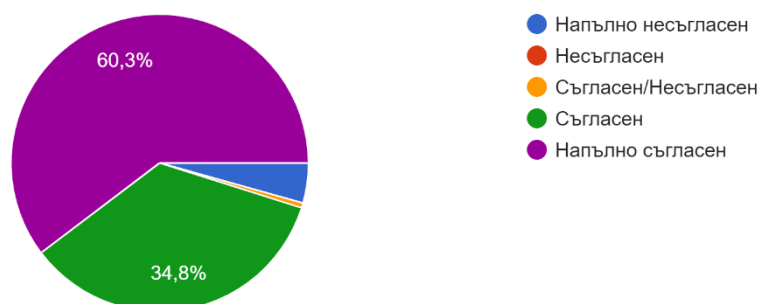


Фигура 36. Раздел Б: Вашият наставник/ръководител/Въпрос №4

85,3% от анкетираните лица оценяват с „отлична“ оценка, а 13% от тях дават „много добра“ оценка на степента на безопасност на пациентите в тяхното болнично звено. Единствено 3 от общо 184 участника дават „добра“ оценка на този въпрос. В резултат от посочените отговори, може да

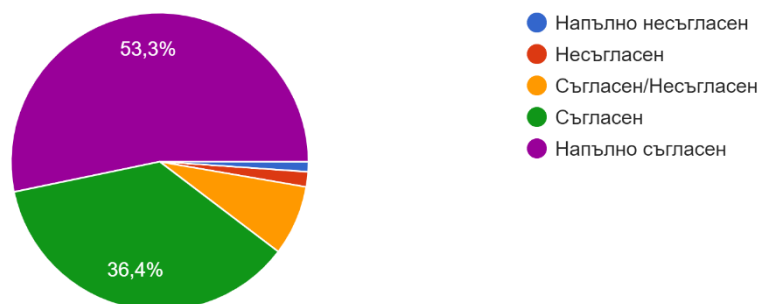
заклучим, че професионалната самооценка за степента на безопасност на пациентите в тяхното болнично звено е висока, което увенчава с успех, усилията на мениджмънта на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, което по безспорен начин се потвърждава и от отговора на по-долу поместеното твърдение (въпрос 5) (вж. фиг. 37). 95,1% от анкетираните заявяват, че мениджмънта на болницата е създавал и поддържа необходимия работен микроклимат, благодарение на който се насърчава безопасността на пациентите в болницата. В рамките на дадените отговори, 0,5% или 1 анкетина се колебаят в правотата на това твърдение, а 4,3% или 8 човека от масата от 184 анкетирувани лица, не са съгласни с това твърдение.

5. Ръководството на болницата създава работен микроклимат, който насърчава безопасността на пациентите.
184 отговора



Фигура 37. Раздел Б: Вашият наставник/ръководител/Въпрос №5

6. Болничните звена имат добра координация помежду си.
184 отговора

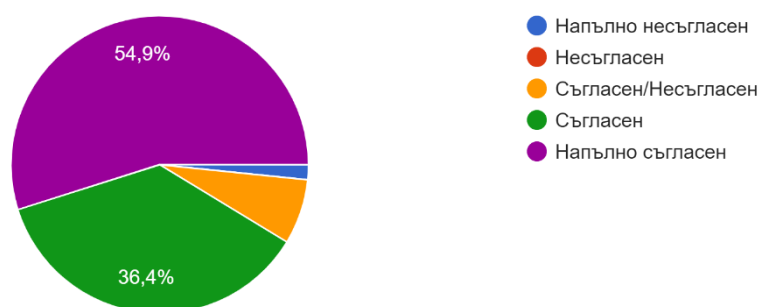


Фигура 38. Раздел Б: Вашият наставник/ръководител/Въпрос №6

Своето съгласие, относно твърдението, че съществува добра координация между отделните болнични звена в МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен (вж. фиг. 38), дават 89,75% от респондентите на анкетата, докато 7,6% се колебаят дали това е така, а 2,7% не са съгласни с това твърдение. Отговорът затвърждава, че мениджмънтът на болницата, умело е изградил и с управленската си политика, успешно прилага добрата координация между отделните болнични звена, което е в основата на предоставянето на качествена медицинска услуга, бързина и коректност на действията и максимално конкретизиране на отговорността за решенията и действията на персонала. Този факт се потвърждава и от следващият въпрос в анкетата (въпрос 7/раздел Б), касаещ потвърждаване на съществуването на добра координация между болничните звена, които работят заедно. За последното, своя утвърдителен отговор са дали 91,3% от анкетирувания персонал на болницата, а 7,1% са отговорили, че се колебаят дали това е така, докато на 1,6% не споделят твърдо това мнение.

7. Има добра координация между болничните звена, които работят заедно.

184 отговора

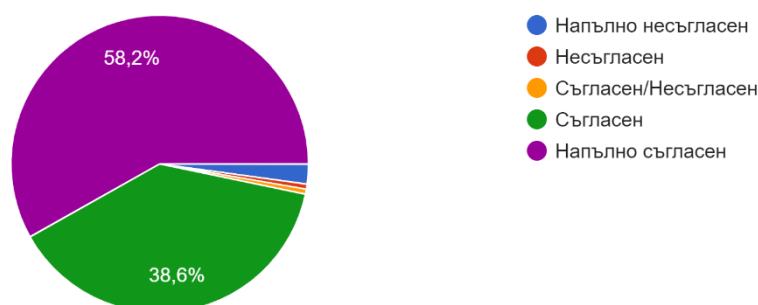


Фигура 39. Раздел Б: Вашият наставник/ръководител/Въпрос №7

Твърдението, че мениджмънта на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, приоритизира безопасността на пациентите, при това не само след констатиране на възникнало нежелано събитие или грешка, а като постоянен процес е видно от фиг. 40.

8. Ръководството на болницата се интересува от безопасността на пациентите не само след възникване на нежелано събитие или грешка.

184 отговора

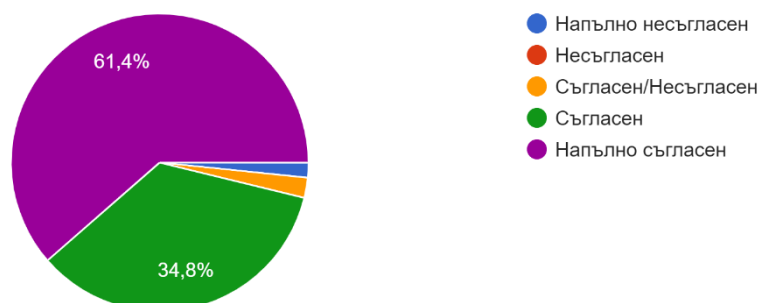


Фигура 40. Раздел Б: Вашият наставник/ръководител/Въпрос №8

Своето позитивно мнение по това твърдение са изказали 96,8% от анкетираните лица. 0,5% се колебаят дали това е така, а 2,7% не са съгласни.

9. Болничните звена работят в добро сътрудничество, за да осигурят най-добрите грижи за пациентите.

184 отговора



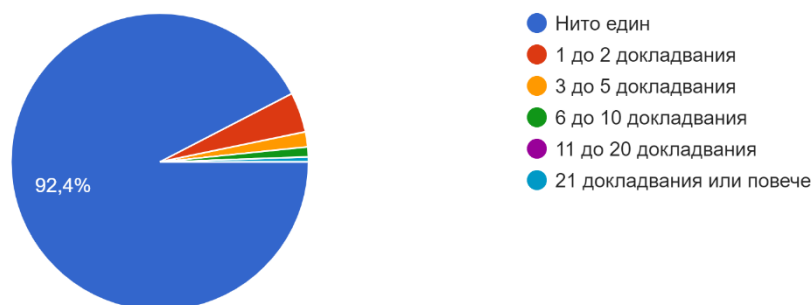
Фигура 41. Раздел Б: Вашият наставник/ръководител/Въпрос №9

В името на най-добрата грижа за пациентите, което се явява и изконна цел на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, плод на доброто сътрудничество между болничните звена, се произнасят 96,2% от анкетираните лица от персонала. Колебаещите се в това твърдение са 2,2%, а напълно несъгласните с него са 1,6%.

• **Раздел В: Брой на докладваните нежелани събития или грешки**

1. През последните 12 месеца, колко съобщения/ доклади за нежелани събития или грешки сте попълнили и предали?

184 отговора



Фигура 42. Раздел В: Брой на докладваните нежелани събития или грешки/Въпрос №1

По отношение на броя докладвани нежелани събития или грешки, 92,4% от персонала на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, споделя мнението, че през последните 12 месеца няма нито един такъв доклад. 4,3% от него са докладвали до 2 пъти през този период. 1,6% са докладвали от 3 до 5 пъти за такъв род събития и грешки, 1,1% са имали от 6 до 10 докладвания, а над 21 докладвания са имали 0,5% от анкетираните лица. Резултатите потвърждават сериозните усилия, които полага мениджмънта на лечебното заведение по отношение на редуциране на броя на нежеланите събития (рискове) и грешки, които са предмет на Програма за овладяване на рисковете и възможностите на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен. В потвърждение на направеното заключение ще преведем резултатите от второто питане в рамките на „Раздел В: Брой на докладваните нежелани събития или грешки“, относно докладване на нежелани събития или грешки и дали персонала би съобщил за тях или за друга информация, свързана с безопасността на пациента, която е потенциална заплаха за неговото здраве (вж. фиг. 43)?

2. Ако има въведена система за доброволно докладване на нежелани събития или грешки при запазване на Вашата а...то е потенциална заплаха за неговото здраве?
184 отговора



Фигура 43. Раздел В: Брой на докладваните нежелани събития или грешки/Въпрос №2

71,1% от анкетираните лица от персонала на болницата са потвърдили надеждността на вътрешните правила за целите на докладване на нежеланите събития и грешки, и отхвърлят необходимостта това да става анонимно, дори и без да подлежат на санкция или наказание. 27,7% от анкетираните, считат, че ако докладването става за събития и грешки става анонимно те ще се възползват от тази възможност, а 1,1% са отговорили, че не биха докладвали събития или грешки. Отговорите красноречиво показват, че действащите правила за докладваните нежелани събития или грешки е апробиран в рамките на болницата механизъм, който се отличава с надеждност и доверие от страна на персонала на болницата.

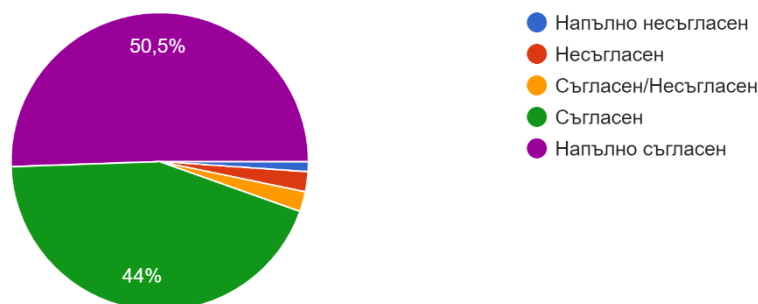
• ***Раздел Г: Информираност относно Програма за овладяване на рисковете и възможностите (програмата за управление на рисковете) на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен.***

В рамките на поредица от въпроси относно Програмата за овладяване на рисковете и възможностите на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, се търси отговор на въпроса дали персоналет на болницата е достатъчно

информиран за нейните: цел, насоки, съдържание, разписани мероприятия, отговорни лица и т.н.

1. Запознати сте с Програмата за овладяване на рисковете и възможностите (програмата за управление на рисковете) на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен.

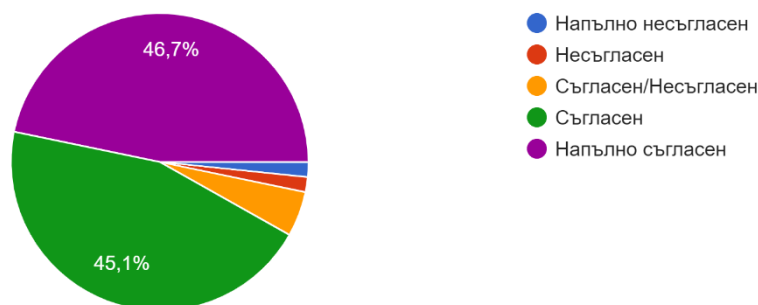
184 отговора



Фигура 44. Раздел Г: Информираност относно Програма за овладяване на рисковете и възможностите (програмата за управление на рисковете) на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен/Въпрос №1

94,5% от респондентите потвърждават, че са запознати с Програмата за овладяване на рисковете и възможностите на болницата, докато колебаещите за това са 2,2%, а 3,3% от анкетираните лица не са запознати с нея. Резултатите сами по себе си говорят за това, че програмата е изключително важен управленски инструмент, с който реално е запознат и екипа на лечебното заведение, т.е. налице е достатъчно информираност и прозрачност по въпроса. Познаването на Програмата за овладяване на рисковете и възможностите на болницата не е формално, а в детайли, видно от резултатите показани на фиг. 44.

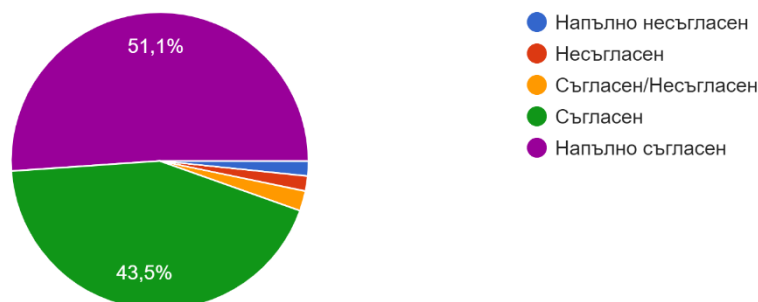
2. Запознати сте в детайли с целите на Програмата за овладяване на рисковете и възможностите (програмата за управление на р...вете) на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен.
184 отговора



Фигура 45. Раздел Г: Информираност относно Програма за овладяване на рисковете и възможностите (програмата за управление на рисковете) на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен/Въпрос №2

91,8% от далите отговор са уверени, че познават в детайли въпросната програма. 4,9% не са сигурни и се колебаят да имат този детайлен поглед върху програмата, а 3,2% не са съгласни с твърдението, че познават програмата в детайли. Високият процент на познаването на Програмата за овладяване на рисковете и възможностите на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен се дължи на факта, че мениджърския екип на болницата е предвидил провеждане на обучение за тази цел (вж. фиг. 45).

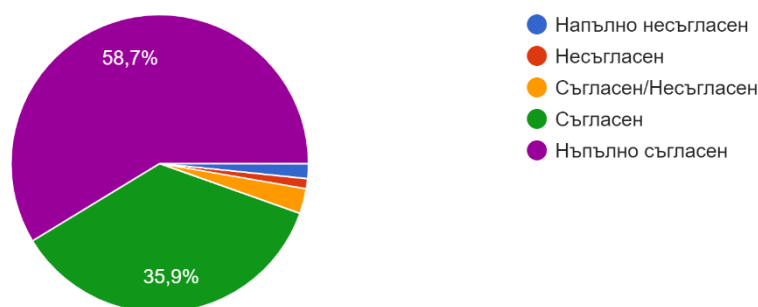
3. Проведено е обучение за запознаването със спецификите на плана за управление на риска в МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен.
184 отговора



Фигура 46. Раздел Г: Информираност относно Програма за овладяване на рисковете и възможностите (програмата за управление на рисковете) на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен/Въпрос №3

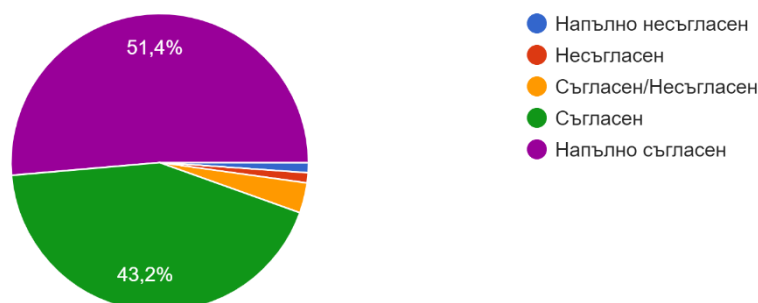
Високият процент на потвърждение относно проведеното обучение за запознаване със спецификите на плана за управление на риска на МБАЛ „Сърце и мозък“ – Плевен е изцяло в резонанс с посочените във въпрос 4 (вж. фиг. 47) твърдения за проведено обучение на персонала как да реагира и кои протоколи да задействате при природни и предизвикани от човека бедствия (като бури, пожари, пандемии, загуба на електрозахранване, загуба на комуникации, терористични атаки или други подобни), предварително идентифицирани като рискове за лечебното заведение. 94,6% от респондентите декларират, че това е факт, т.е. те са реално обучени за тази цел. Същевременно равен брой респонденти 2,7% - колебаещи се и 2,7% - несъгласни с въпросните твърдения, заявяват, че не са обучени за тези цели.

4. Мениджмънтът на МБАЛ "Сърце и мозък" ЕАД - Плевен е провел обучение на персонала как да реагира и кои протоколи да задействате...цирани като рискове за лечебното заведение.
184 отговора



Фигура 47. Раздел Г: Информираност относно Програма за овладяване на рисковете и възможностите (програмата за управление на рисковете) на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен/Въпрос №4

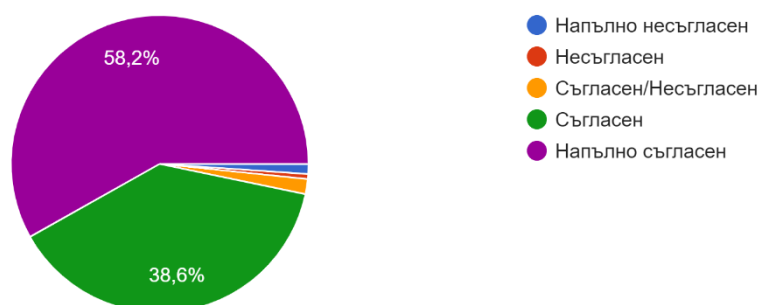
5. Мениджмънтът на МБАЛ "Сърце и мозък" ЕАД - Плевен е провел инструкция относно процедурата за докладване на събитие...тговорните лица във връзка с настъпил риск.
183 отговора



Фигура 48. Раздел Г: Информираност относно Програма за овладяване на рисковете и възможностите (програмата за управление на рисковете) на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен/Въпрос №5

Като естествено продължение на предходният поставен към респондентите въпрос е отправено питане към тях относно проведена инструкция за процедурата за докладване на събитие събитие (нежелано) и за формата на документиране на отговора на организацията и отговорните лица във връзка с настъпил риск (вж. фиг. 48). Позитивно потвърждение е дадено от 94,6% от анкетиранияте, докато 3,3% от тях се колебаят по този въпрос, а 2,2% са несъгласни с твърдението. Положителните отговори, категорично затвърждават наложилото се мнение, че болничния мениджмънт обръща сериозно внимание на тази тема и има реално изграден алгоритъм как да се действа при настъпването на риск от различно естество.

6. Мениджмънтът на МБАЛ "Сърце и мозък" ЕАД - Плевен е извършил оценка на риска, която да обхваща Вашето работно оборудване, помещението за безопасността и здравето при работа.
184 отговора

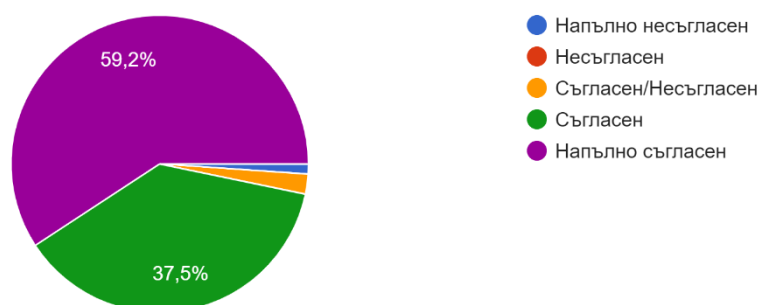


Фигура 49. Раздел Г: Информираност относно Програма за овладяване на рисковете и възможностите (програмата за управление на рисковете) на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен/Въпрос №6

96,8% от персонала потвърждава, че мениджмънтът на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен е извършил оценка на риска, която да обхваща тяхното работно оборудване, помещенията, работните места, организацията на труда, използването на суровини и материали и другите аспекти на работната среда и работните процеси, които представляват опасност или имат значение за безопасността и здравето при работа. 3,2% са колебаещите се (1,6%) и несъгласните (1,6%) с това твърдение.

В този контекст, мениджмънтът на болницата е планирал подходящи мерки за предотвратяване на риска и е осигурил защитата, както на персонала, така и на пациентите и всички други лица, които биха могли да бъдат засегнати от установените при оценката на риска опасности – твърдение потвърдено от 96,7% от респондентите, отхвърлено от 1,1% от тях и колебаещи се в рамките на 2,2%.

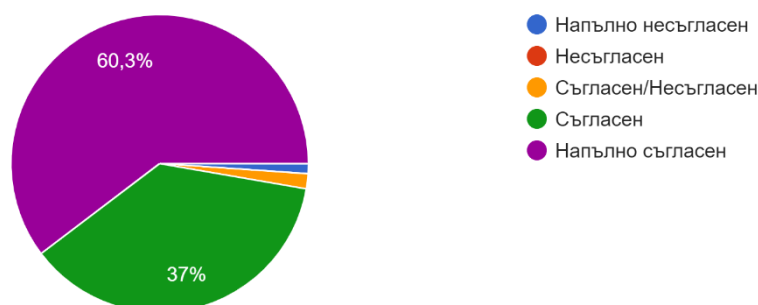
7. Мениджмънта на болницата е планирал подходящи мерки за предотвратяване на риска и осигурена ли е защитата както на персонала, т...установените при оценката на риска опасности.
184 отговора



Фигура 50. Раздел Г: Информираност относно Програма за овладяване на рисковете и възможностите (програмата за управление на рисковете) на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен/Въпрос №7

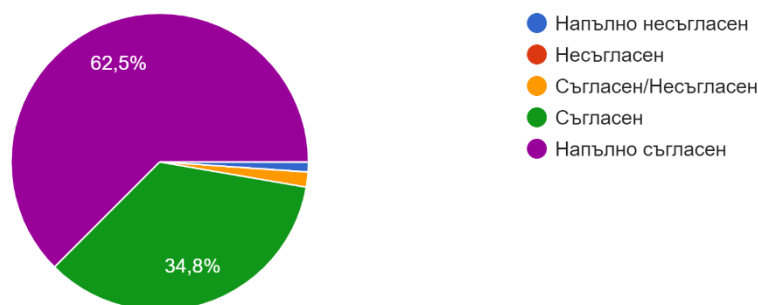
93,7% от анкетираните лица от персонала на болницата потвърждават, че има създадена необходимата организация за изпълнение на планираните мерки, както и за осъществяване на ефективно наблюдение и контрол за извършване на работата от работещите без риск за здравето и безопасността. Колебаещите се в своя отговор са 1,6%, а несъгласните с по-горе посоченото твърдение са 1,1%.

8. В МБАЛ "Сърце и мозък" ЕАД - Плевен е създадена необходимата организация за изпълнението на планираните мерки, както и за...тещите без риск за здравето и безопасността.
184 отговора



Фигура 51. Раздел Г: Информираност относно Програма за овладяване на рисковете и възможностите (програмата за управление на рисковете) на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен/Въпрос №8

9. Предприети са необходимите мерки за координация на действията по осигуряване на здравето и безопасността на отделните работни места в МБАЛ "Сърце и мозък" ЕАД - Плевен.
184 отговора



Фигура 52. Раздел Г: Информираност относно Програма за овладяване на рисковете и възможностите (програмата за управление на рисковете) на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен/Въпрос №9

97,3% от респондентите потвърждават, че са предприети необходимите мерки за координация по осигуряване на здравето и безопасността на отделните работни места в болницата. 1,6% се колебаят дали това е така, а 1,1% отговарят, че не са съгласни с твърдението. Заключение от този въпрос е в унисон с отговорите на въпросите от целия раздел и затвърждават становището са усърдието и методичността, с която мениджмънта на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен осъществява на практика всички стъпки в своята Програма за овладяване на рисковете и възможностите.

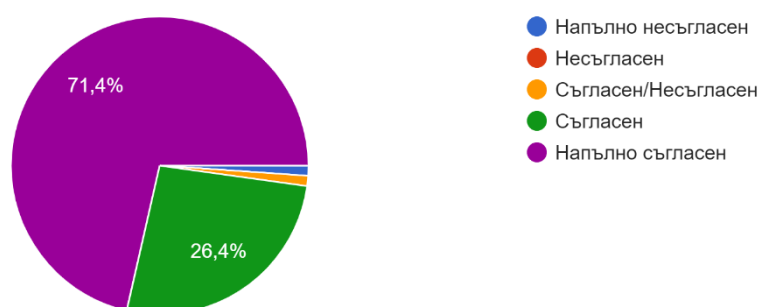
- **Раздел Д: Оценка на въздействието на COVID-19 върху дейността на персонала на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен.**

От особено значение са отговорите на въпросите, дадени от респондентите – персонал на болницата, свързани с оценката на въздействието на пандемията от COVID-19 върху дейността на персонала на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен. В този ред на мисли, можем да заключим, че по отношение на бързината на реакцията в началото на

пандемията, по отношение на безопасността на пациентите и персонала, тази оценка е изключително висока (вж. фиг. 53). 97,8% от анкетирания лица са посочили именно това твърдение като вярно, докато 1,1% са колебаещи и 1,1% не са съгласни с него.

1. Мениджърският екип на болницата реагира достатъчно бързо в началото на обявената пандемия от COVID-19, по отношение на безопасността на пациентите и персонала.

182 отговора



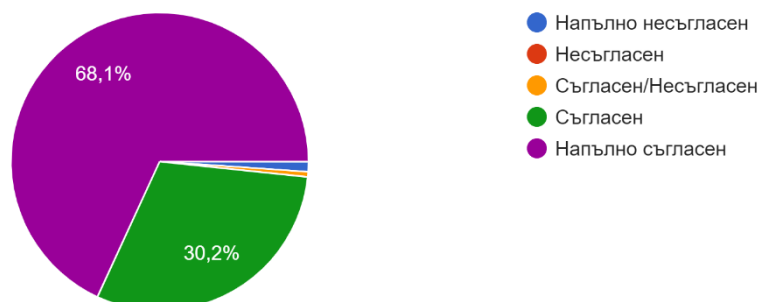
Фигура 53. Раздел Д: Оценка на въздействието на COVID-19 върху дейността на персонала на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен/Въпрос №1

98,3% от анкетираният болничен персонал, изказва своето съгласие с твърдението, че мениджмънтът на болницата ги е запознал своевременно със съдържанието на Ръководството за комуникация на риска от COVID-19 за здравни заведения (на Световната здравна организация) (вж. фиг. 54). 0,5% се колебаят в отговора си, а 1,1% не са съгласни с новата твърдение. Изводът от категоричността на отговорите, свидетелства за информираността на персонала относно насоките на цитираното Ръководството за комуникация на риска от COVID-19 за здравни заведения (на Световната здравна организация) и отговорната позиция на болничния мениджмънт, предвид риска от заболяването и последствията от него, както за пациентите, така и за персонала. Отговорите са и показателни за добрата комуникация, която съществува между мениджмънта на болницата и персонала на същата, в това число и апробираните канали за информиране

на всички лица, което спомага за по-адекватно поведение и реакция от страна на всички.

2. Мениджмънтът на болницата Ви запозна своевременно със съдържанието на Ръководството за комуникация на риска от COVID-19 (на Световната здравна организация).

182 отговора

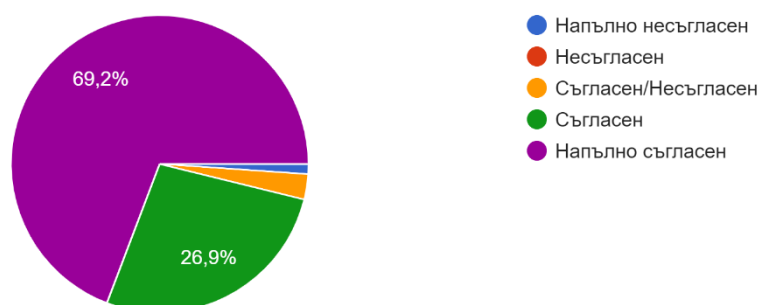


Фигура 54. Раздел Д: Оценка на въздействието на COVID-19 върху дейността на персонала на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен/Въпрос №2

Добрата и бърза реакция на болничният мениджмънт се потвърждава и от подкрепилите твърдението 96,1% от анкетирания персонал, за това че своевременно са били обучени как да прилагат стандартната процедура при инфектиране с COVID-19 (вж. фиг. 55). Колебаещи се в своя отговор относно твърдението са 2,7%, а несъгласни са 1,1% от анкетираните лица. От посочената бърза реакция, болницата е спасила човешки животи, загуба на персонал и в чисто психологически план – недопускане на демотивация в работния колектив. Изцяло в унисон с изказаното позитивно мнение от анкетираният болничен персонал, относно проведеното обучение как да се прилагат стандартната процедура при инфектиране с COVID-19 е и потвърждаването на проведеното обучение на същия, с цел – да забелязва симптомите на потенциална инфекция с COVID-19 на работното място. Позитивен отговор относно направеното твърдение са дали 97,8% отrespondентите, при общо 2,2% за колебаещите се (1,1%) и несъгласните (1,1%) с твърдението, лица (вж. фиг. 56).

3. Своевременно бяхте обучени как да прилагате стандартната процедура при инфектиране с COVID-19.

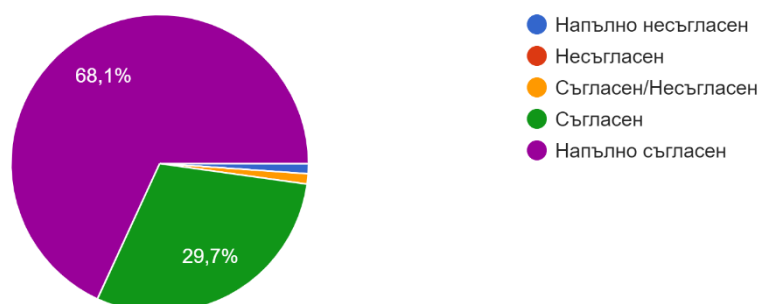
182 отговора



Фигура 55. Раздел Д: Оценка на въздействието на COVID-19 върху дейността на персонала на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен/Въпрос №3

4. Своевременно бяхте обучени да забелязвате симптоми на потенциална инфекция с COVID-19.

182 отговора

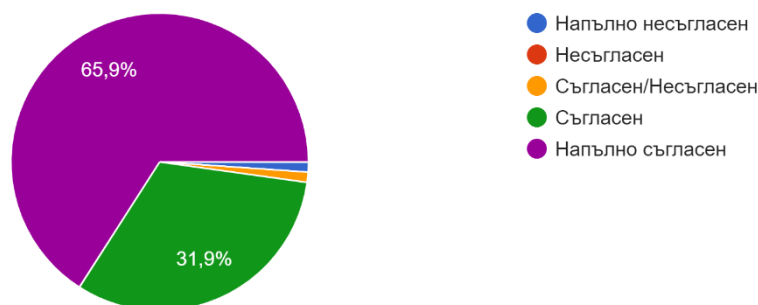


Фигура 56. Раздел Д: Оценка на въздействието на COVID-19 върху дейността на персонала на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен/Въпрос №4

Позитивен отговор се констатира и при твърдението относно познаването на дефиницията на състоянието и наличието на разписание на стъпките за поведение, налично и достъпно за справка в пункта за триаж. Твърдението е подкрепено от 97,8% от анкетиранияте, а общо общо 2,2% за колебаещите се (1,1%) и несъгласните (1,1%) с твърдението, лица (вж. фиг. 57). Данните отново потвърждават своевременните и коректно зададени управленски решения, които в случая от са от ключово значение за живото и здравето на пациентите и персонала.

5. Познавате дефиницията на състоянието и имате разписание на стъпките за поведение, налично и достъпно за справка в пункта за триаж.

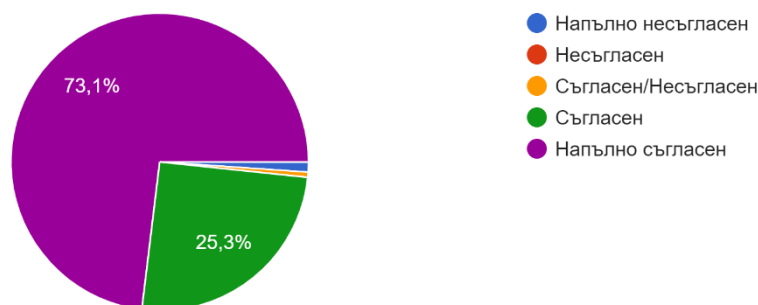
182 отговора



Фигура 57. Раздел Д: Оценка на въздействието на COVID-19 върху дейността на персонала на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен/Въпрос №5

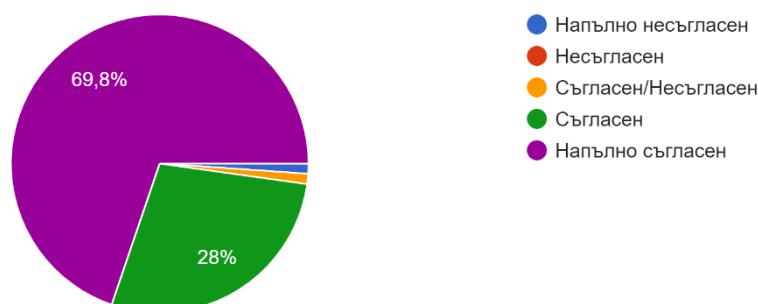
Живота и здравето на персонала, до голяма степен зависи от обезпечаването му на работно място, с достатъчно количество и качество на лични предпазни средства, позволяващи безпроблемно да изпълнява професионалните си ангажименти и задължения. Потвърждение на това твърдение са посочили 98,4% от анкетиранията лица, при 0,5% колебаещи се в отговора и 1,1%, които са напълно несъгласни с него (вж. фиг. 58). Заключение е, че мениджмъна на болницата, макар и в ситуация на оскъдица и временен остър недостиг, успешно е успяла да обезпечи достатъчно количество и качество лични предпазни средства за целия персонал, с което на практика е повишил нивото на безопасност, осъществил е превенция на риска от инфектиране и е осигурил непрекъснатост на болничното лечение и всички протичащи работни процеси в МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен. Нещо повече, 97,8% са потвърдили, че са били обучени своевременно относно важността, подбора и правилното използване на лични предпазни средства, които са им обезпечени (вж. фиг. 59) от болничното ръководство. Колебаещите се относно това твърдение, анкетирани лица са 1,1%, а несъгласните с него са 1,1% от общия брой на всички респонденти.

6. Още от самото начало на епидемията от COVID-19, мениджмънта на лечебното заведение Ви осигури на работно място с достатъчно коли...во и качество на лични предпазни средства.
182 отговора



Фигура 58. Раздел Д: Оценка на въздействието на COVID-19 върху дейността на персонала на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен/Въпрос №6

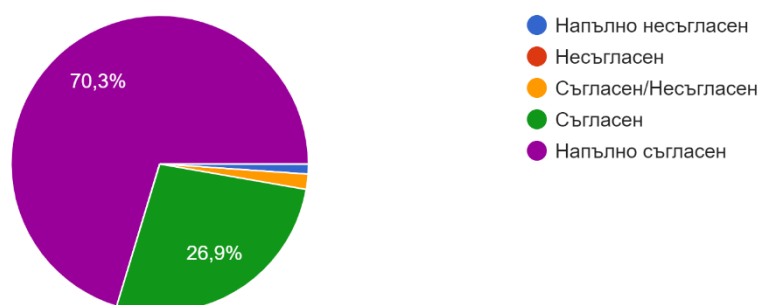
7. От началото на пандемията от COVID-19, мениджмънтът на болницата проведе обучение относно важността, подбора и правилното използване на лични предпазни средства?
182 отговора



Фигура 59. Раздел Д: Оценка на въздействието на COVID-19 върху дейността на персонала на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен/Въпрос №7

Твърдението, че от началото на пандемията от COVID-19, мениджмънтът на болницата, е разписал ясни правила относно: управление на настаняването, управление на околната среда и посещенията (когато това стана възможно) (вж. фиг. 60), са подкрепени от 97,2% от анкетирания персонал, при 1,6% колебаещи се в отговора и 1,1% несъгласни с него.

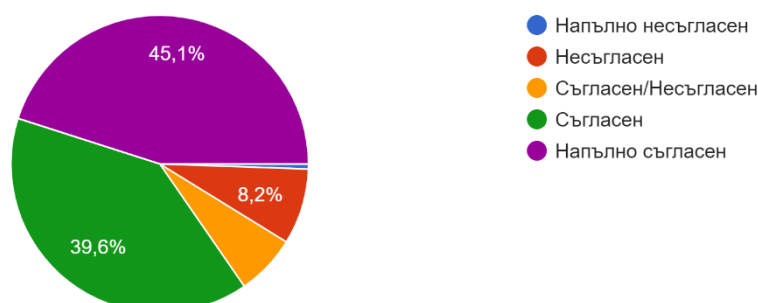
8. От началото на пандемията от COVID-19, мениджмънтът на болницата, разписа ясни правила относно: управление на настаняването... и посещенията (когато това стана възможно).
182 отговора



Фигура 60. Раздел Д: Оценка на въздействието на COVID-19 върху дейността на персонала на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен/Въпрос №8

84,7% от респондентите, потвърждават лично участие в диагностичнолечебния процес на болен от COVID-19, а 14,8% не са взели участие в такъв процес (вж. фиг. 61). На лице е пряка заплаха за живота и здравето на преобладаващата част от анкетирувания персонал, което само доказва сложността на тогаващната ситуация и важността от крути мерки на ръководството на болницата по отношение на COVID-19, превърнал се в риск №1 за всички.

9. Лично сте участвал по някакъв начин в диагностичнолечебния процес на болен от COVID-19.
182 отговора

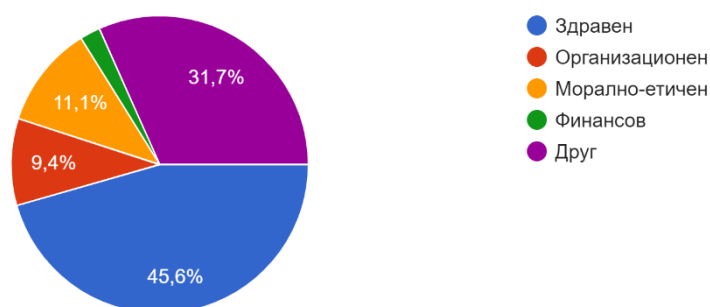


Фигура 61. Раздел Д: Оценка на въздействието на COVID-19 върху дейността на персонала на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен/Въпрос №9

Интерес за настоящото изследване, представляват субективно посочените отговори на въпроса за характера на най-сериозните предизвикателства и трудности в работния процес, с което се е сблъскал всеки по повод на COVID-19. 45,6% от всички дали своя отговор, са посочили, че най-сериозното предизвикателство за тях е било със здравен характер; 11,1% с морално-етичен характер; 9,4% с организационен характер; 2,2% с финансов характер и 31,7% с друг характер (вж. фиг. 62).

10. С какъв характер са най-сериозните предизвикателства и трудности в работния процес, с които се сблъскахте, свързани с епидемията от COVID-19?

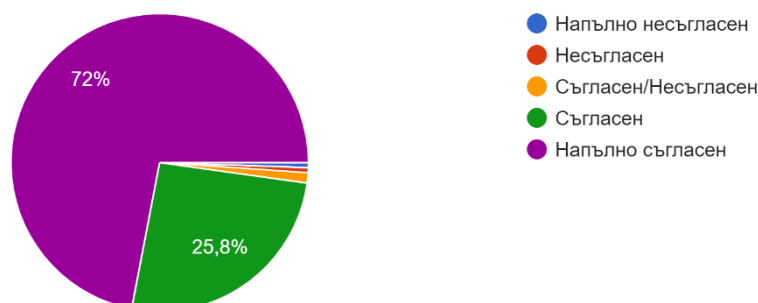
180 отговора



Фигура 62. Раздел Д: Оценка на въздействието на COVID-19 върху дейността на персонала на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен/Въпрос №10

11. Оценявам с възможно най-високата оценка, плана за управление на риска от инфектиране с COVID-19 и предприетите в тази ...я екип на МБАЛ "Сърце и мозък" ЕАД - Плевен.

182 отговора



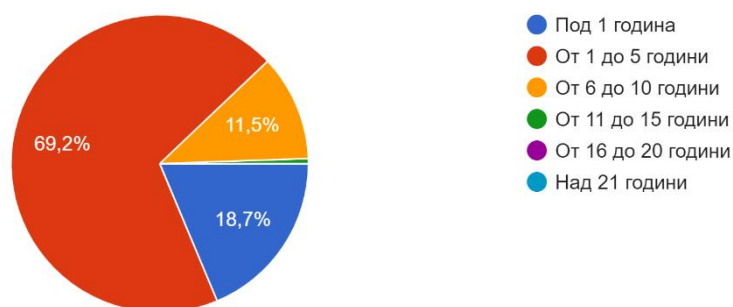
Фигура 63. Раздел Д: Оценка на въздействието на COVID-19 върху дейността на персонала на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен/Въпрос №11

Последният анкетен въпрос от Раздел Д: Оценка на въздействието на COVID-19 върху дейността на персонала на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен е свързан с посочване на персоналната оценка за плана за управление на риска от инфектиране с COVID-19 и предприетите в тази връзка действия от страна на мениджърския екип на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен. В рамките на посочилите отговор, 97,8% са потвърдили най-високата оценка за мениджмънта на болницата по отношение на програмата за управление на риска от инфектиране с COVID-19, при колебаещи се 1,1% и несъгласни с нея – 0,5% от респондентите (вж. фиг. 63).

• **Раздел Е: Информация за Вашия професионален опит.**

Въпросите от раздел Е, имат за цел набирание на информация за самите респонденти, свързана с техния професионален опит. В рамките на първият поставен въпрос, касаещ продължителността на работа в МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, се оформят четири от възможно шест групи отговори: 1) 69,2% са посочили от 1 до 5 години; 2) 18,7% са посочили под 1 година и 3) 11,5% са посочили 6 до 10 години; 4) 0,5% от 11 до 15 години (вж. фиг. 64).

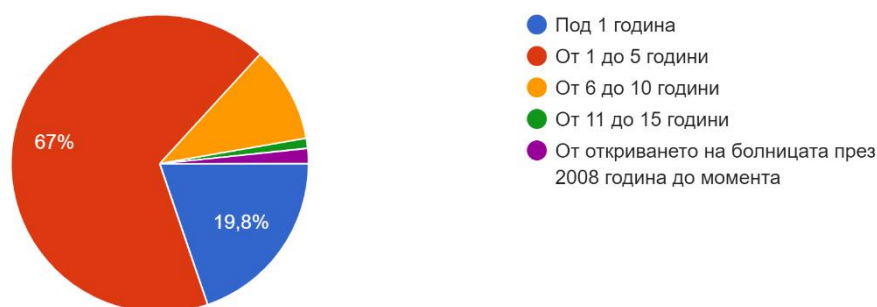
1. От колко време работите в МБАЛ "Сърце и мозък" ЕАД - Плевен?
182 отговора



Фигура 64. Раздел Е: Информация за Вашия професионален опит/Въпрос №1

По отношение на въпроса за продължителността на работа на анкетираните в тяхното болнично звено (вж. фиг. 65), най-масовият отговор – от 1 до 5 години, са посочили 67% от респондентите; следвани от под 1 година – 19,8%; от 6 до 10 години – 10,4%; от откриването на болницата през 2008 г. до момента – 1,6% и от 11 до 15 години – 1,1%.

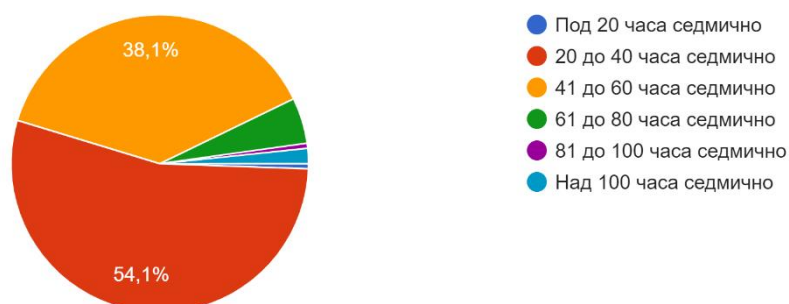
2. Колко време сте работили в болничното звено?
182 отговора



Фигура 65. Раздел Е: Информация за Вашия професионален опит/Въпрос №2

Респондентите са посочили, като най-масов отговор на въпроса за това по колко часа седмично работят в тази болница отговор „от 20 до 40 часа седмично“ – 54,1%, следвани от „41 до 60 часа седмично“ – 38,1%, „от 61 до 80 часа седмично“ – 5%, и т.н. (вж. фиг. 66).

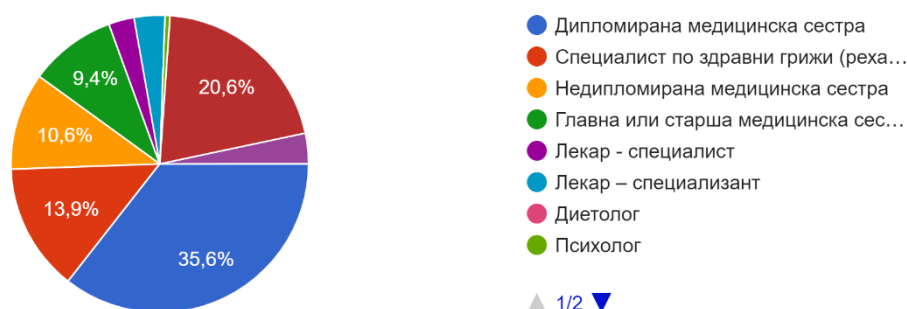
3. Обикновено колко часа седмично работите в тази болница?
181 отговора



Фигура 66. Раздел Е: Информация за Вашия професионален опит/Въпрос №3

4. Каква е Вашата длъжност в болницата? Изберете един отговор, който най-добре описва Вашата работна позиция.

180 отговора



Фигура 67. Раздел Е: Информация за Вашия професионален опит/Въпрос №4

Най-голям дял от респондентите, са на длъжност „дипломирана медицинска сестра“ – 35,6%, „технически сътрудник“ – 20,6%, „специалист по здравни грижи“ – 13,9%, „недипломирана медицинска сестра“ – 10,6%, „главна или старша медицинска сестра“ – 9,4%, „лекар специализант“ – 3,3%, „болнична администрация или мениджър“ – 3,3%, „лекар специалист“ – 2,8%, „психолог“ – 0,6% (вж. фиг. 67).

5. Вашата длъжност налага ли директен контакт и взаимодействие с пациентите?

181 отговора

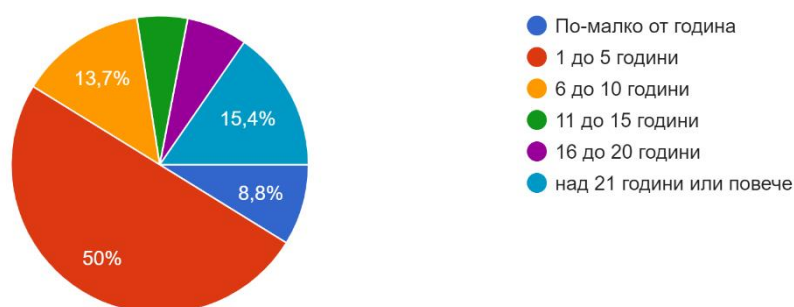


Фигура 68. Раздел Е: Информация за Вашия професионален опит/Въпрос №5

86,7% от анкетираните лица имат взаимодействие с пациентите, заради заеманата от тях длъжност, а останалите 13,3% нямат такъв достъп, поради естеството на изпълняваната от тях длъжност (вж. фиг. 68).

6. Колко години трудов стаж имате в тази професия?

182 отговора



Фигура 69. Раздел Е: Информация за Вашия професионален опит/Въпрос №6

Последният въпрос в анкетата е свързан с питане относно годините трудов стаж в упражняваната професия (вж. фиг. 69). На база на шест възможни диапазона от продължителност на времетраенето се оформят следните резултати: 1) „1 до 5 години“ – 50%; 2) над 21 години и повече – 15,4%; 3) „от 6 до 10 години“ – 13,7%; 4) „по малко от година“ – 8,8%; 5) „16 до 20 години“ – 6,6%; и 6) „от 11 до 15 години“ – 5,5%.

3.3.3. Обобщени изводи от проведената анкета

Представените резултати от анализа на разпределението на отговорите на респондентите дават основание да се твърди, че приета в МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен „Програма за овладяване на рисковете и възможностите“ не е просто документ, а тя е реално функционираща програма. Следва да се добави, при това не без основание, че персоналът е добре запознат с нея и алгоритъмът ѝ на действие, а управленските решения, имащи отношения към нея, се взимат на базата на заложените в същата: критерии, стандарти, сценарии и мерки за действие.

Налице са идентифицирани реални положителни ефекти от прилагането ѝ, намиращи израз не само в крайните медицински и финансови резултати на болницата, но и в създаването на благоприятна и сигурна среда за персонала и пациентите, висок професионализъм на всички нива на управление и на предоставяне на медицински услуги в здравното заведение. Анкетното проучване потвърди хипотезите относно адекватността, състоятелността и всеобхватността на Програмата, тъй като според отговорите на респондентите те намират пряк израз в множеството управленски решения и мерки, предприети от мениджмънта на болницата по време на пандемията от COVID-19.

В потвърждение на посоченото дотук са и резултатите от анализа на формираните двумерни емпирични разпределения, получени на базата на отговорите на двойки въпроси, като по този начин се формират кръстосани групировки, които позволяват да се тества наличието на зависимост и да се измери нейната сила. Наличието на зависимост е тествано посредством хи-квадрат метода за анализ на двумерни разпределения, а силата на зависимостта е установена посредством корелационните коефициенти на взаимна свързаност на Крамер, Чупров и Пирсън. Извършените проверки на хипотези доказват наличието на статистически значими зависимости между изследваните характеристики. На основата на извършения анализ се установи, че ключово относно надеждността на оценката на действащата „Програма за овладяване на рисковете и възможностите“ по време на пандемията от COVID-19 върху дейността на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен“ е личното участие в диагностичнолечебния процес на болен от COVID-19 (установено посредством въпрос 9 от раздел Д на въпросника).

Въз основа на извършения анализ са направени следните обобщения:

- Установена е значителна до силна зависимост между личното участие в диагностичнолечебния процес на болен от COVID-19 и високата оценка на адекватността на реакциите на мениджърския екип на болницата

в началото на обявената пандемия от COVID-19, по отношение на безопасността на пациентите и персонала – стойността на χ^2 за изследваната връзка е 239,284 и е статистически значима, а коефициентите на Крамер е ($V = 0,5733$), на Чупров ($K = 0,5733$) и на Пирсън ($C = 0,7537$).

- Доказана е значителна до силна корелационна зависимост между личното участие в диагностичнолечебния процес на болен от COVID-19 и степента на информираност за целите на програмата за управление на рисковете на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен – стойността на χ^2 за изследваната връзка е 218,295 и е статистически значима, а коефициентите на Крамер е ($V = 0,5476$), на Чупров ($K = 0,5476$) и на Пирсън ($C = 0,7385$). Действащата „Програма за овладяване на рисковете и възможностите“ по време на пандемията от COVID-19, в комбинация с положените усилия за добра информираност на персонала относно безопасността му и тази на пациентите, са се превърнали практически в сериозно преимущество за МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, носейки й ценно предимство пред нейните конкуренти.

- Зависимостта между участието в диагностичнолечебния процес на болен от COVID-19 и степента на удовлетвореност от проведеното обучение за запознаването със спецификите на плана за управление на риска в МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, според коефициентите на Крамер е ($V = 0,4447$) и на Чупров ($K = 0,4447$) е умерена, според коефициента на Пирсън ($C = 0,6646$) е значителна, а величината на ($\chi^2 = 173,968$) е статистически значима. Това свидетелства и за високата оценка, която персоналът на лечебното заведение дава на мениджърския екип и най-вече за положените усилия и отличната организация по разясняване на рисковете, механизмите и мероприятията на „Програма за овладяване на рисковете и възможностите“.

- Зависимостта между степента на участие в диагностичнолечебния процес на болен от COVID-19 и степента на удовлетвореността от отделеното внимание и последващо прилагане на предложенията на персонала за подобряване безопасността на пациентите е значителна според коефициентите на Крамер е ($V = 0,5844$) и на Чупров ($K = 0,5844$) и силна според коефициента на Пирсън ($C = 0,7599$), а величината на ($\chi^2 = 248,631$) е статистически значима. От това следва, че в болницата е изградена работеща система за обратна връзка и задълбочено проучване на направените предложения от персонала за промени с цел подобряване на безопасността на пациентите и на персонала, като това доказва висока степен на “чуваемост”, както от преките ръководители, така и от мениджърите на най-високо управленско ниво.

- Колкото по пряка е степента на лично участие в диагностичнолечебния процес на болен от COVID-19, толкова по-висока е оценката за плана за управление на риска от инфектиране с COVID-19 и предприетите в тази връзка действия от страна на мениджърския екип на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен – коефициентите на Крамер е ($V = 0,5447$) и на Чупров ($K = 0,5447$) показват наличие на значителна корелационна зависимост, а според коефициента на Пирсън ($C = 0,7367$) зависимостта е силна. Проверката на хипотезата за съществуването на изследваната зависимост установи, че тя е статистически значима ($\chi^2 = 213,63$).

- Доказана е статистически значима зависимост ($\chi^2 = 211,3978$) между степента на лично участие в диагностичнолечебния процес на болен от COVID-19 и определянето на най-сериозните предизвикателства и трудности в работния процес по време на пандемията от COVID-19, която според коефициентите на Крамер е ($V = 0,4912$) и на Чупров ($K = 0,4912$) зависимостта е умерена, а според коефициента на Пирсън ($C = 0,6962$)

зависимостта е значителна. Наличието на тази зависимост определя и превеса на отговорите, определящи като най-сериозни предизвикателства и трудности, с които са се сблъскали респондентите по време на работния процес, а именно извеждането на преден план на въпросите от здравен характер, следвани от тези с етичен характер и в много по-ниска степен се посочват въпроси от организационен, финансов и друг характер. Всичко това доказва, че по отношение на организирането на процесите в болницата на всяко едно ниво, по време на пандемията от COVID-19, е на много високо ниво и мениджърския екип стриктно е следвал разписаното в действащата „Програма за овладяване на рисковете и възможностите“.

- Зависимостта между участието в диагностичнолечебния процес на болен от COVID-19 и поставената оценка на степента на безопасност на пациентите в съответното болнично звено е статистически значима ($\chi^2 = 75,1611$) и се определя като умерена според коефициентите на Крамер е ($V = 0,4544$) и на Чупров ($K = 0,3821$) и като значителна според коефициента на Пирсън ($C = 0,5406$)⁵. Това още веднъж потвърждава извода, че мениджмънтът на болницата е създал и поддържа необходимите условия за безопасността на персонала и пациентите в болницата, респективно са създадени и са налични – максимално добри условия за безопасност и на участващите в диагностичнолечебния процес.

Изводи към глава трета

В обобщение на изложението в Глава трета, могат да бъдат направени следните изводи:

✓ ***Многопрофилна болница за активно лечение „Сърце и Мозък“ ЕАД - Плевен, стартира своята дейност на 27 февруари 2017 г., след инвестирани 35 млн. лв. за нейното изграждане и оборудването***

⁵ Коефициентите на Крамер и Чупров са с различни стойности при различен брой определения по фактора и резултата и в този случай изчислените корелационни коефициенти никога не достигат до 1.

като високотехнологично лечебно заведение на територията на гр. Плевен, наричан още (при това не без основание) – здравният хъб на Северна България. Болницата е част от Българския кардиологичен институт от фирмената група на „Търговска лига - национален аптекен център“, която се явява основен дистрибутор на фармацевтичния производител в холдинга „Чайкафарма висококачествени лекарства“. МБАЛ „Сърце и Мозък“ ЕАД – Плевен е модерно оборудвана и специализирана в иновативни здравни технологии за лечение на редица заболявания.

✓ *Още с обявяването на пандемията от COVID-19 у нас, мениджърският екип на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, пристъпи към актуализиране на своята Програма за овладяване на рисковете и възможностите, като за тази цел се обърна към специализирана фирма – консултантска организация „БСЖ Юнивърс“. Обект на Програма за овладяване на рисковете и възможностите е определяне на реда и методите за качествен анализ на риска, идентифициране и оценка на риска, както и реда за изпълнение на дейностите по планиране намаляването на въздействията на рисковите фактори до приемливо ниво. От ключово значение за ефективното и ефикасно прилагане на Програма за овладяване на рисковете и възможностите е етапът на избор на определяне на метод за качествен анализ на риска. Важността на този избор е продиктуван от необходимостта, избраният метод за качествен анализ на риска да притежава набор от следните характеристики:*

- да е възможно най-подходящия за конкретната ситуация и организация – в конкретния случай МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен;*

- *результатите от проведената оценка да спомагат за разширяване на разбирането за риска/овете в МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен и да дават насоки за въздействие спрямо него/тях;*

- *избраният метод следва да е проследим, повторим и проверим.*

✓ *За целите на настоящият дисертационен труд и по-конкретно за установяване на информираността на персонала на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, относно: наличието, добрата информираност, познаването на алгоритъма на действие и съществуването на обратна връзка по повод на приетата и прилагана от мениджмънта на болницата „Програма за овладяване на рисковете и възможностите“ като цяло и в частност по повод на пандемията от COVID-19 е проведено „Анкетно проучане относно отражението на COVID-19 върху дейността на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен“. Обект на анкетата – персонала на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен.*

Предмет на анкетата – осведомеността на персонала по отношение на действащата „Програма за овладяване на рисковете и възможностите“ и даване на субективна оценка относно адекватността и състоятелността на предприетите от болничния мениджмънт набор от управленски решения и действия за минимизиране на влиянието и последствията от разразилата се пандемия от COVID-19.

Цел на анкетата – да се получат достоверни и обективни данни относно: 1) отношенията между отделните членове на персонала на работното място, от гледна точка на екипната (колективна работа); 2) проявеното ниво на професионална отговорност на наставника по отношение на безопасността на пациентите и създадения в тази връзка от ръководството микроклимат, координация и

сътрудничество между болничните звена; 3) честотата на докладваните нежелани събития или грешки на персонала и надеждността на вътрешните правила; 4) детайлното познаване на „Програма за овладяване на рисковете и възможностите“, алгоритъма на действие на персонала при настъпване на риск от различно естество, както и действията по осигуряване на здравето и безопасността на отделните работни места; 5) бързината и адекватността на болничното ръководство при предприемане и въвеждане на мерки във връзка с пандемията от COVID-19 и проведените обучения за прилагане на стандартни процедури при откриването на симптоми от инфектиране с COVID-19, достатъчността и достъпа до лични предпазни средства, фиксирани трудности във връзка със заболяването; 6) натрупаният трудов стаж в МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, в болничното звено и в здравната система като цяло, продължителността на работната седмица, конкретно заеманата работна позиция и в тази връзка – наличието или отсъствието на директен контакт с пациенти.

Основна теза на анкетата – потвърждаване на идеята, че ключов за гарантиране на непрекъснатостта и високото качество на здравните услуги, както и за безопасността на пациентите и медицинските специалисти се явява проактивният начин за дефиниране и управление на рисковете в болничните лечебни заведения, а именно – риск мениджмънта. Последният се явява едновременно функция и инструмент за подобряване на резултатите от дейността на болницата, но единствено при съблюдаване на спазването на две ключови условия: 1) това да не се прави фиктивно, а да се превърне във философия на организацията; и 2) целият персонал на лечебното заведение – от шофьора на линейка до изпълнителният директор, да са

активни участници в този процес, което е гарант за успеха на плана за управление на риска. В конкретният случай апробиране на идеята, че усилията положени от мениджърски екип на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен, дават реален резултат, който им помага за превръщането им в лидер на пазара не само в регионален, но и в национален мащаб.

✓ *Представените резултати от анализа на разпределението на отговорите на респондентите дават основание да се твърди, че приетата в МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен „Програма за овладяване на рисковете и възможностите“ не е просто документ, а тя е реално функционираща програма. Следва да се добави, при това не без основание, че персоналът е добре запознат с нея и алгоритъмът ѝ на действие, а управленските решения, имащи отношения към нея, се взимат на базата на заложените в същата: критерии, стандарти, сценарии и мерки за действие.*

✓ *Налице са идентифицирани реални положителни ефекти от прилагането ѝ, намиращи израз не само в крайните медицински и финансови резултати на болницата, но и в създаването на благоприятна и сигурна среда за персонала и пациентите, висок професионализъм на всички нива на управление и на предоставяне на медицински услуги в здравното заведение. Анкетното проучване потвърди хипотезите относно адекватността, състоятелността и всеобхватността на Програмата, тъй като според отговорите на респондентите те намират пряк израз в множеството управленски решения и мерки, предприети от мениджмънта на болницата по време на пандемията от COVID-19.*

✓ *В потвърждение на посоченото дотук са и резултатите от анализа на формираните двумерни емпирични разпределения, получени на базата на отговорите на двойки въпроси, като по този начин се*

формират кръстосани групировки, които позволяват да се тества наличието на зависимост и да се измери нейната сила. Наличието на зависимост е тествано посредством хи-квадрат метода за анализ на двумерни разпределения, а силата на зависимостта е установена посредством корелационните коефициенти на взаимна свързаност на Крамер, Чупров и Пирсън. Извършените проверки на хипотези доказват наличието на статистически значими зависимости между изследваните характеристики. На основата на извършения анализ се установи, че ключово относно надеждността на оценката на действащата „Програма за овладяване на рисковете и възможностите“ по време на пандемията от COVID-19 върху дейността на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен“ е личното участие в диагностичнолечебния процес на болен от COVID-19 (установено посредством въпрос 9 от раздел Д на въпросника).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пандемия от COVID-19 оказа безпрецедентен натиск върху националните здравни системи на държавите по света, в това число и в България. Генерираните в тази връзка организационно-управленските предизвикателства пред родните лечебните заведения за болнична медицинска помощ, доказаха че стойностните стратегии за управление на риска, разработени и прилагани от тях, са от първостепенно значение за жизнеспособността им. С помощта на установяването на постоянен и систематичен подход за минимизиране на рисковете, присъщо свързани с областта на здравеопазването, все повече и повече здравни организации успешно могат да защитят качеството на здравните услуги, безопасността на пациентите и персонала си, както и финансовата устойчивост, докато се ориентират в динамичната среда от случващи се промените. При така очертаната предметна област, в рамките на настоящото научно изследване, по наше скромно мнение е постигнато изпълнение на поставените цел и задачи, а именно:

- изведени са ключовите характеристики, подчертано е място и е акцентирано върху значението на болницата в съвременните здравни системи;
- представена е в теоретичен план, концепцията за риск мениджмънт на лечебно заведение в контекста на новите проекции на общественото здраве;
- обоснована е необходимостта от приложението на „Риск мениджмънта“ в условията на пандемия от COVID-19, в контекста на възможността да бъде отчетена добавената стойност от изпълнението на програмата за управление на риска във всяка здравна организация, което й гарантира подобаващ отговор при появата на внезапен риск, било то и с пандемични мащаби;

- дискутирано е състоянието на болничната медицинска помощ у нас в периода 2018 г. – 2022 г., който времеви диапазон позволява съпоставката на статистически достъпните данни от предкризисните и кризисните години;

- очертаване на основните предизвикателства пред болничната медицинска помощ в България по време на пандемия от COVID-19 във чисто медицински, организационно-управленски и финансов план;

- анализирани са резултатите от дейността на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен в условията на пандемия от COVID-19, които ѝ отреждат лидерска позиция сред частните лечебни заведения в област Плевен;

- описани са ключовите насоки на политиката за управление на риска от COVID-19 в МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен и предприетите стъпки в посока: затваряне на 4 корпуса на болницата и трансформиране на 110 легла за лечение на пациенти в неусложнено и в крайно тежко състояние; изграждане и оборудване на най-модерната и успешна COVID-19 реанимация в България, при това и най-голямата в Северна България; откриването на специализиран имунизационен кабинет, което съвпадна със старта на имунизационна кампания срещу COVID-19; установяване на коректни отношения и създаване на атмосфера на пълно доверие с НЗОК/РЗОК – Плевен по отношение отчитането на извършената от лечебното заведение, дейност по време на пандемията; отдаване на дължимото внимание на пост-COVID синдрома или т. нар. „дълга опашка“ на COVID-19 – са многообразни персистиращи състояния и увреждания при пациенти, преболеждали коронавирусната инфекции (увреждания в малките съдове на мозъка, сърцето и цялото тяло), които са тясната специалност на МБАЛ „Сърце и Мозък“ ЕАД – Плевен;

- посочени са стъпките за изпълнение на Програмата за овладяване на рисковете и възможностите на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД

– Плевен по време на пандемията от COVID-19 в това число: анализиране и идентифициране на възможните точки на риск за качеството на предлаганите услуги; определяне на елементите за оценка на риска; изчисляване на риска; оценка и овладяване на риска; описание на мерките, които се вземат; преразглеждане на оценката на риска; действия за овладяване на рисковете и възможностите;

– проведено е анкетно проучване относно отражението на COVID-19 върху дейността на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен. Анализът на разпределението на отговорите на респондентите на анкетата дава основание да се твърди, че приетата в МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен „Програма за овладяване на рисковете и възможностите“ не е просто документ, а реално функционираща програма, с която персонала е добре запознат, и която спомага на мениджмънта на болницата да взема правилни управленските решения.

Заявените изследователски резултати затвърждават дефинираната теза на дисертационното изследване, че пандемията от COVID-19 и нейното неконтролируемо разпространение, а от тук и екстремното влошаване на здравната ситуация, не позволиха прилагането на проактивни действия от страна на висшия мениджмънт на националните здравни системи, чиито отговор беше с характер по-скоро на рефлексия, а не на подобаващ за подобни специфични ситуации – системен отговор. Този факт, логично се превърна в причина, пандемията от COVID-19 от една страна да провокира разкриването на съществуващите слабости и дефекти в редица области на българската здравна система, а от друга – да активира мениджмънта на болничните заведения към прилагане на риск мениджмънта и по-конкретно на програмата за управление на рисковете. Изпълнението на тази програма е гарант, че всяка здравна организация (в конкретния случай МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен), изложена на безпрецедентен натиск от риск с подобни пандемични мащаби, ще защити проактивно и систематично

безопасността, живота и здравето на пациентите и персонала, както и активите на организацията, пазарния дял, акредитацията, нивата на възстановяване на разходите, стойността на марката и репутацията в обществото.

Независимо от желанието ни да обхванем целият диапазон от въпроси, свързани с изследваната тема, редица аспекти, останаха само маркирани или частично засегнати, без да е изчерпана тяхната пълнота и всеобхватност. Последното предполага те да се превърнат в потенциал за бъдещи научни изследвания на автора.

СПИСЪК С ИЗПОЛЗВАНА И ЦИТИРАНА ЛИТЕРАТУРА

1. (2019). Извлечено от Министерство на финансите: www.minfin.bg (https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwib4N_RuYPnAhXSwqYKHTY0DooQFjAAegQIAxAAC&url=https%3A%2F%2Fwww.minfin.bg%2Fdocument%2F2891%3A1&usg=AOvVaw2JeLRjYh-duaBk5d99TS1e)
2. Association of Certified Fraud Examiners. (2022). <https://acfepublic.s3.us-west-2.amazonaws.com/2022+Report+to+the+Nations.pdf>. Извлечено от www.acfe.com: <https://acfepublic.s3.us-west-2.amazonaws.com/2022+Report+to+the+Nations.pdf>
3. Braithwaite, J. (2021). Quality of care in the COVID-19 era: a global perspective. *IJQHC Communications*, 1(1), стр. lyab003. doi:10.1093/ijcoms/lyab003
4. Busse, R. K. (2019). *Improving healthcare quality /Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies/*. Извлечено от World Health Organisation: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327356>
5. DeGaspari, J. - Patient 3.0' - Empowering Patients as Partners. (27 September 2014 г.). *Healthcare Innovation*. Извлечено от www.hcinnovationgroup.com: <https://www.hcinnovationgroup.com/clinical-it/blog/13023998/patient-30empowering-patients-as-partners>
6. Dignity Health Global Education (DHGE). (н.д.). *Risk management in healthcare: What it is and why it matters*. Изтеглено на 20 03 2023 г. от Dignity Health Global Education (DHGE): <https://dhge.org/about-us/blog/risk-management-in-healthcare>
7. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. (2010). *Occupational health and safety risks in the healthcare sector - Guide to prevention and good practice*. European Commission.
8. EU. (1 June 2005 г.). I2010, a European information society for growth and employment. Brussels.
9. EU. (2021). Програма „ЕС в подкрепа на здравето“ (2021—2027 г.). Извлечено от https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_bg#ref-работни-програми
10. EU Програма „ЕС в подкрепа на здравето“ (2021—2027 г.) — визия за подобряване на здравето в Европейския съюз. (26 Mart 2021 г.). *European Commission - Public Health*. Извлечено от https://european-union.europa.eu/index_bg: https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_bg

11. European Commission - Цели за устойчиво развитие. (н.д.). *Strategy and Policy/International Strategies/Sustainable Development Goals*. Извлечено от https://commission.europa.eu:https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/international-strategies/sustainable-development-goals_bg
12. European Commission. (17 January 2020 r.). *School Education Gateway*. Извлечено от [hwww.schooleducationgateway.eu:https://www.schooleducationgateway.eu/bg/pub/resources/tutorials/digital-competence-the-vital-.htm](https://www.schooleducationgateway.eu/bg/pub/resources/tutorials/digital-competence-the-vital-.htm)
13. Gowling WLG. (22 April 2020 r.). *BUSINESS CONTINUITY PLANNING IN COVID-19*. Извлечено от Gowling WLG: <https://gowlingwlg.com/en/insights-resources/articles/2020/business-continuity-planning-in-covid-19/>
14. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. doi:10.17226/10027
15. Kachestvoto.com. (14 May 2020 r.). *Как да изберем подходящ метод за оценяване на риска?* Извлечено от [kachestvoto.com:https://kachestvoto.com/metod-za-ocenqvane-na-riska/](https://kachestvoto.com/metod-za-ocenqvane-na-riska/)
16. Kirchsteiger, C. (1998). Risk Assessment and Management in the Context of the Seveso. *Industrial Safety Series*, 6, стр. 537.
17. Mercury Healthcare - Definition of Healthcare Marketing. (н.д.). *Mercury Healthcare*. Извлечено от [www.mercuryhealthcare.com:https://www.mercuryhealthcare.com/faq/what-is-healthcare-marketing](https://www.mercuryhealthcare.com/faq/what-is-healthcare-marketing)
18. Ninov, N., & Ninova, V. (2018). *The need for insurance during maternity in Bulgaria*. Dubai: IJASOS- International E-journal of Advances in Social Sciences. doi:10.18769/ijasos.455664
19. Ninova, V. (2015). Health Insurance – a Tool for Achieving the Goals of the National Health Strategy (2014-2020). *Jubilee International scientific conference on "European practices and national planning Reflections", Collection of reports - Svishtov 24-25 April 2015* (pp. 363-368). Svishtov: Tsenov Academic Publishing House.
20. Ninova, V. (2021). Health Insurance Market in Bulgaria – State, Development and Trends. *Dedicated to the 85th anniversary since the establishment of D. A. Tsenov Academy of Economics* (pp. 281-288). Svishtov: Tsenov Academic Publishing House.
21. Ontario Nonprofit Network. (19 August 2020 r.). *Risk Management During the COVID-19 Pandemic: Checklist to Recovery*. Извлечено от Resource Centre Ontario Nonprofit Network: <https://nonprofitresources.ca/resource-library/risk-management-during-the-covid-19-pandemic-checklist-to-recovery/>
22. QBrainX. (14 March 2022 r.). *The Process and Benefits of Integrated Risk Management*. Извлечено от [www.qbrainx.com:www.qbrainx.com](https://www.qbrainx.com)

- <https://www.qbrainx.com/blog/the-process-and-benefits-of-integrated-risk-management/>
23. Radar Healthcare. (5 April 2022 r.). *What is risk management in healthcare?* Извлечено от Radar Healthcare: <https://radarhealthcare.com/news-blogs/what-is-risk-management-in-healthcare/>
24. Recommendation of the European Parliament and of the Council . (18 December 2006 r.). *EUR-Lex Access to European Union law*. Извлечено от eur-lex.europa.eu: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:32006H0962>
25. Sasikala, S. M. (2017). *Hospital Management*. Technical Publications.
26. Shaha, S., Rasheedb, T., Rizwanc, K., M., B., Hafiz, M., Iqbale, N., . . . Bobescuga, E. (19 December 2020 r.). Risk management strategies and therapeutic modalities to tackle COVID-19/SARS-CoV-2. *Journal of Infection and Public Health*, стр. 331-346.
27. Smith, Lee; Pifer, Anne; Fennel, Adam - Higher Education COVID-19 Response: Enterprise Risk Management. (20 November 2020 r.). *Huron Consulting Group*. Извлечено от www.huronconsultinggroup.com: <https://www.huronconsultinggroup.com/insights/enterprise-risk-management>
28. Tesser, M. (31 July 2020 r.). *Emergency-live*. Извлечено от <https://www.emergency-live.com>: <https://www.emergency-live.com/bg/of-interest/telemedicine-how-can-it-change-your-health-care/>
29. The European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations. (2022). *The pharmaceutical industry in figures 2022*. Извлечено от EFPIA: <https://www.efpia.eu/media/637143/the-pharmaceutical-industry-in-figures-2022.pdf>
30. WHO. (19 March 2020 r.). *Оценка на риска и управление на експозицията на здравни работници в контекста на COVID-19* . Извлечено от ncpha.government.bg: https://ncpha.government.bg/uploads/pages/3001/Risk_assessment_COVID19_1.pdf
31. World Health Organisation. (2000). *World Health Report*. Geneva, Switzerland: World Health Report.
32. World Health Organization, OECD, and International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. (10 October 2019 r.). *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage*. Извлечено от World Health Organization: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513906>
33. Актуализирана стратегия за развитие на електронното управление в Република България 2019-2025. (2 април 2021 r.). София, България: Министерски съвет.

34. *Бележки по политиката на здравния сектор*. (2013). Извлечено от Световна банка: <http://documents.worldbank.org/curated/en/768001468235757526/pdf/785460ESW0P1290icy0Note0March0130BG.pdf>
35. Бозукова, М., & Шарков, А. (2022). *Обществените поръчки в здравеопазването в България - начин на употреба /секторен анализ/*. София: Български институт за правни инициативи.
36. Бозукова, Мартина. (24 August 2017 г.). *Анали и коментари*. Извлечено от Mediapool.bg: <https://www.mediapool.bg/problemat-s-reeksporta-na-lekarstva-iziskva-obshtoevropeisko-reshenie-news268328.html>
37. Бозукова, Мартина. (17 October 2022 г.). *Active Mediapool*. Извлечено от Mediapool.bg: <https://www.mediapool.bg/lipsvashti-u-nas-vazhni-lekarstva-se-iznasyat-za-es-sasht-i-dori-irak-news340863.html>
38. Български Кардиологичен Институт. (2022). <https://cardiacinstitute.bg>. Извлечено от cardiacinstitute.bg: <https://cardiacinstitute.bg>
39. Веков, Т. (2015). *Управление на болница – мултикомпонентна теория и практика*. Плевен: МУ - Плевен.
40. Веков, Т. С. (2022). *Икономика на здравеопазването*. Плевен: Симолини 94.
41. Веков, Т., Салчев, П., & Димитров, П. (2021). Болнична медицинска помощ в България по време на пандемия - икономика на здравеопазването основана на доказателства. *Българско списание за обществено здраве*, 13(4), стр. 20-31.
42. Гладилов, С. Д. (2009). *Икономика на здравеопазването*. София: Princers.
43. Делчева, Е. (2016). Обществено-частен пазар на здравни услуги. *Социална медицина*, 54-59. Извлечено от ISSN 2603-3739
44. Закон за електронното управление. (12 юни 2007 г.). София, България: Народно събрание на Република България.
45. Закон за здравното осигуряване. (1998). чл. 82, ал. 1 от ЗЗО. *Закон за здравното осигуряване*. Народно събрание на РБългария.
46. Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина, Обн. ДВ. бр.31 от 13 Април 2007 г. (13 April 2007 г.). Държавен вестник.
47. Закон за лечебните заведения. (2018). чл. 106, ал. 1-3 от ЗЛЗ. *Закон за лечебните заведения*. Народно събрание на РБългария.
48. Закон за лечебните заведения. (2018). чл. 63, (2) ат ЗЛЗ. *Закон за лечебните заведения*. Народно събрание на РБългария.
49. Закон за лечебните заведения. (2018). чл. 95, ал. 2 от ЗЛЗ. *Закон за лечебните заведения*. Народно събрание на РБългария.
50. Закон за лечебните заведения. (2018). чл. 96, (1-4) от ЗЛЗ. *Закон за лечебните заведения*. Народно събрание на РБългария.
51. Закон за лечебните заведения. (2018). чл. 97 (1-7) от ЗЛЗ. *Закон за лечебните заведения*. Народно събрание на РБългария.

52. *Закон за лечебните заведения.* (2019). Извлечено от https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/11/18/zakon-lechebnite-zavedeniq.pdf
53. *Закон за лечебните заведения.* (2019). Извлечено от Българският правен портал: <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2134670848>
54. *Закон за обществените поръчки.* (2016). *Закон за лечебните заведения.* Народно събрание на РБългария.
55. Институт за пазарни изследвания. (2021). *Здравеопазването на местно ниво: ресурси, резултати, ефекти.* София: ИПИ .
56. *Кодекс за застраховането.* (1 Януари 2016 г.).
57. Комисия за финансов надзор. (2010). *БАДДПО.* Извлечено от Българска асоциация на дружествата за допълнително пенсионно осигуряване: <http://assoc.pension.bg/display.php?page=presentation&present=55>
58. *Лечебни здравни заведения по статистически райони и области.* (2019). Извлечено от Национален статистически институт: <https://www.nsi.bg/bg/content/3312/лечебни-и-здравни-заведения-на-3112-по-статистически-райони-и-области>
59. Министерство на здравеопазването - Национална програма "Медицински стандарти в Република България (2008-2010 г.). (30 September 2008 г.). *Министерски съвет/Портал за обществено обсъждане.* Извлечено от <https://www.strategy.bg/https://www.strategy.bg/PublicConsultations/View.aspx?lang=bg-BG&Id=128>
60. Министерство на здравеопазването. (23 декември 2020 г.). *Министерство на здравеопазването.* Извлечено от Министерство на здравеопазването: https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2021/02/15/izm_zapoved_im_campaign_10_02_2021-final-1.pdf
61. Министерство на здравеопазването. (2021). *Национален оперативен план на Република България за справяне с пандемията от COVID-19.* Извлечено от coronavirus.bg: <https://coronavirus.bg/bg/1213>
62. Министерството на околната среда и водите. (2020). Преглед на оценката на риска. Извлечено от www.moew.government.bg/https://www.moew.government.bg/wp-content/uploads/file/Chemicals/Seveso/Rakovodstva/pregled_na_ocenka_na_riska.pdf
63. Митева, Л. (2021). Предизвикателства пред мениджмънта на лечебните заведения в условия на пандемия от COVID-19 (по примера на университетска многопрофилна болница за активно лечение „Сърце и мозък” – Плевен). *Международна научно-практическа конференция "Устойчиво развитие и социално-икономическа кохезия*

- през XXI век - тенденции и предизвикателства (стр. 446-452). Свищов: АИ "Ценов".
64. Митева, Л. (2022). *Дигиталната трансформация в медицинската помощ предоставяна от Български кардиологичен институт*. СА "Д. А. Ценов" - Свищов. Свищов: АИ "Ценов". Извлечено от <http://hdl.handle.net/10610/4687>
 65. Нинов, Н. Н. (2021). Специфики и особености на застраховките с покритие заболяване от COVID-19 предлагани на българския застрахователен пазар. *Сборник доклади от Годишна университетска научна конференция : Научно направление "Социални, стопански и правни науки"* (стр. 322-328). Велико Търно: НВУ - Изд. комплекс.
 66. Нинов, Н., & Нинова, В. (2021). Специфики и особености на застраховките с покритие заболяване от COVID-19 предлагани на българския застрахователен пазар. *Годишна университетска научна конференция*, 8, стр. 322-328. Велико Търново.
 67. *Отчет на болниците до 30 септември*. (2019). Извлечено от Clinica.bg: <https://clinica.bg/10128-200-mln.-lv.-zaguba-otchitat-bolnicite-do-30-septemvri>
 68. Павлов, Р. (1 May 2021 г.). Какво е "дигитализация на здравеопазването"? Извлечено от <https://www.linkedin.com/pulse/какво-е-дигитализация-на-здравеопазването-radoy-pavlov/>
 69. Пенкова, Д. (2021). *Социално икономическо барометър - Ковид-19: Белези и недъзи на българското здравеопазване*. София: Фондация Фридрих Еберт. Извлечено от <https://bulgaria.fes.de>
 70. Попов, М. (2008). *Въведение в здравната политика*. Свищов: АИ "Ценов".
 71. Праматаров, А. -Ф. (18 May 2022 г.). *Български портал за отворена наука*. Извлечено от www.openaire.eu: https://covid-19.openaire.eu/search/publication?articleId=od____9626::ee9530bbe4817a294c6f5bb3edcb5328
 72. Проект на Национална здравна стратегия 2030. (30 12 2020 г.). България: Министерски съвет.
 73. РЗИ - Плевен. (2022). *Годишен анализ на здравно-демографското състояние и здравната мрежа в област Плевен за 2021г.* Извлечено от <https://rzi-pleven.com>: <https://rzi-pleven.com/tag/демографски/>
 74. Салчев, П. (April 2022 г.). КОВИД-19: РЕШЕНИЯ В ОТГОВОР НА КРИЗАТА. *ПУБЛИЧНИ ПОЛИТИКИ.bg*, 13(2), стр. 162-177.
 75. Световна здравна организация. (10 March 2020 г.). *Пакет за комуникация на риска от COVID-19 за здравни заведения*. Извлечено от НЦОЗА: <https://ncpha.government.bg/search/covid-19>
 76. Симова, Я. (10 февруари 2021 г.). Предизвикателство пред медицината ще бъде "дългата COVID опашка". (Е. Спахийски, Интервюиращ)

- 77.УС на БЛС. (30 юли 2021 г.). *Български лекарски съюз*. Извлечено от <https://blsbg.com>: <https://blsbg.com/bg/download/file/page-section/21889>
- 78.Христов, Т. (27 February 2021 г.). *Цикъл на Деминг*. Извлечено от Нова визия: <https://www.novavizia.com/tsikyl-na-deming/>

ПУБЛИКАЦИИ НА АВТОРА ПО ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИЯТА

I. Статии:

1. Митева, Л. (2019). Критичен анализ на проблемите в болничния сектор. Годишен алманах на научни изследвания на докторанти. Годишен алманах на научни изследвания на докторанти (Брой XII - 2019 г., Книга 15), с. 325-340, URL: <https://almanahnid.uni-svishtov.bg/title.asp?title=1525>

II. Доклади:

1. Митева, Л. (2021). Предизвикателства пред мениджмънта на лечебните заведения в условия на пандемия от COVID-19 (по примера на Университетска многопрофилна болница за активно лечение „Сърце и мозък” – Плевен). Сборник с доклади от Международна научно-практическа конференция „Устойчиво развитие и социалноикономическа кохезия през XXI век – тенденции и предизвикателства“ (8-9 ноември 2021 г.), том I, ISBN 978-954-23-2067-8 (print), ISBN 978-954-23-2068-5 (online), Академично издателство „Ценов“, Свищов, 2021, стр. 446-452

2. Митева, Л. (2022). Дигиталната трансформация в медицинската помощ предоставяна от Български кардиологичен институт. Сборник с доклади от Международна научнопрактическа конференция „Кръговата икономика в контекста на релацията Индустрия 4.0 – Общество 5.0“ (21-22 октомври 2022 г.), ISBN (print) 978-954-23-2249-8, ISBN (online) 978-954-23-2250-4, Академично издателство „Ценов“, Свищов, 2022, стр. 237-245, URL: <http://hdl.handle.net/10610/4687>

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.

АНКЕТА

ОТНОСНО ОТРАЖЕНИЕТО НА COVID-19 ВЪРХУ ДЕЙНОСТТА НА МБАЛ "СЪРЦЕ И МОЗЪК" ЕАД - ПЛЕВЕН

Раздел А: **Вашето работно място, отделение, клиника или сектор.**

Моля, изразете Вашето съгласие или несъгласие със следните твърдения относно Вашето работно място, отделение, клиника или сектор.

Моля, посочете основното си работно място.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ В няколко различни звена едновременно/нямам основно работно място
- ☐ Вътрешно отделение
- ☐ Хирургично отделение
- ☐ Акушерство и гинекология
- ☐ Педиатрия
- ☐ Спешно отделение
- ☐ Отделение за интензивни грижи (ОАРИЛ)
- ☐ Физиотерапия
- ☐ Аптека
- ☐ Лаборатория
- ☐ Отделение за образна диагностика
- ☐ Анестезиология
- ☐ Друг вид (моля, отбележете)

Моля, отбележете Вашето съгласие или несъгласие с изброените подолу твърдения по отношение на Вашето работно място.

1. Хората в болничното звено се подкрепят взаимно.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

2. Разполагаме с достатъчно персонал за справяне с работното натоварване.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

3. Когато е необходимо да се свърши голям обем от работа за кратко време, всички работят като екип, за да се справят заедно.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

4. Хората се отнасят с уважение и колегиалност един към друг.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

5. Персоналът в болничното звено работи извънредно, тогава, когато това се налага за доброто на пациентите.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

6. Всички работят активно, за да подобрят безопасността на пациентите.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

7. При необходимост, мениджмънта на болницата наема допълнително персонал за да се подобри обслужването на пациентите и за да се обезпечи работата на съответното болнично звено.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

8. Служителите считат, че докладваните грешки се вземат под внимание от болничният мениджмънт.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

9. Отчитането на грешките и взетите след това мерки водят до положителни промени.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/ Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

10. Когато някъде в болничното звено стане прекалено натоварено, другите помагат.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

11. След като осъществим промените за подобряване на безопасността на пациентите, ние преценяваме доколко те водят до положителни резултати.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

12. Работим в условия на достатъчно ресурси, опитвайки се да свършим много работа за технологично установеното за тази цел време.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

13. Никога не пренебрегваме безопасността на пациентите, за да свършим повече работа.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

14. Нашите процедури и мерки успешно предотвратяват възникването на грешки.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

Раздел Б: Вашият наставник/ръководител

Моля, изразете Вашето съгласие или несъгласие със следните твърдения за Вашия пряк наставник/ ръководител на работното място, към когото можете директно да се обръщате.

1. Моят наставник/ръководител казва добри думи, когато работата е свършена съгласно утвърдените процедури за безопасност на пациентите.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

2. Моят наставник/ръководител сериозно взема под внимание предложенията на персонала за подобряване безопасността на пациентите.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

3. Моят наставник/ръководител пренебрегва възникващите проблеми, касаещи безопасността на пациентите.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

4. Дайте Вашата оценка за степента на безопасност на пациентите във Вашето болнично звено.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Отлична
- ☐ Много добра
- ☐ Добра
- ☐ Задоволителна
- ☐ Слаба

5. Ръководството на болницата създава работен микроклимат, който насърчава базопасността на пациентите.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

6. Болничните звена имат добра координация помежду си.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

7. Има добра координация между болничните звена, които работят заедно.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

8. Ръководството на болницата се интересува от безопасността на пациентите не само след възникване на нежелано събитие или грешка.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

9. Болничните звена работят в добро сътрудничество, за да осигурят най-добрите грижи за пациентите.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

Раздел В: Брой на докладваните нежелани събития или грешки

1. През последните 12 месеца, колко съобщения/ доклади за нежелани събития или грешки сте попълнили и предали?

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Нито един
- ☐ 1 до 2 докладвания
- ☐ 3 до 5 докладвания
- ☐ 6 до 10 докладвания
- ☐ 11 до 20 докладвания
- ☐ 21 докладвания или повече

2. Ако има въведена система за доброволно докладване на нежелани събития или грешки при запазване на Вашата анонимност и без ответни наказателни действия, бихте ли съобщавали за тях или за друга информация, свързана с безопасността на пациента, която е потенциална заплаха за неговото здраве?

Отбележете само едно кръгче.

☐ Да

☐ Не

☐ Не се налага, т.к. съществуващите вътрешни правила са достатъчни за тази цел

Раздел Г. Информираност относно Програма за овладяване на рисковете и възможностите (програмата за управление на рисковете) на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен.

Моля, изразете Вашето съгласие или несъгласие със следните твърдения относно Програмата за овладяване на рисковете и възможностите (програмата за управление на рисковете).

1. Запознати сте с Програмата за овладяване на рисковете и възможностите (програмата за управление на рисковете) на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен.

Отбележете само едно кръгче.

☐ Напълно несъгласен

☐ Несъгласен

☐ Съгласен/Несъгласен

☐ Съгласен

☐ Напълно съгласен

2. Запознати сте в детайли с целите на Програмата за овладяване на рисковете и възможностите (програмата за управление на рисковете) на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

3. Проведено е обучение за запознаването със спецификите на плана за управление на риска в МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

4. Мениджмънтът на МБАЛ "Сърце и мозък" ЕАД - Плевен е провел обучение на персонала как да реагира и кои протоколи да задействате при природни и предизвикани от човека бедствия (като бури, пожари, пандемии, загуба на електрозахранване, загуба на комуникации, терористични атаки или други подобни), предварително идентифицирани като рискове за лечебното заведение.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

5. Мениджмънтът на МБАЛ "Сърце и мозък" ЕАД - Плевен е провел инструкция относно процедурата за докладване на събитие (нежелано) и за формата на документиране на отговора на организацията и отговорните лица във връзка с настъпил риск.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

6. Мениджмънтът на МБАЛ "Сърце и мозък" ЕАД - Плевен е извършил оценка на риска, която да обхваща Вашето работно оборудване, помещенията, работните места, организацията на труда, използването на суровини и материали и другите аспекти на работната среда и работните процеси, които представляват опасност или имат значение за безопасността и здравето при работа.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

7. Мениджмънта на болницата е планирал подходящи мерки за предотвратяване на риска и осигурена ли е защитата както на персонала, така и на пациентите и всички други лица, които биха могли да бъдат засегнати от установените при оценката на риска опасности.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

8. В МБАЛ "Сърце и мозък" ЕАД - Плевен е създадена необходимата организация за изпълнението на планираните мерки, както и за осъществяване на ефективно наблюдение и контрол за извършване на работата от работещите без риск за здравето и безопасността.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

9. Предприети са необходимите мерки за координация на действията по осигуряване на здравето и безопасността на отделните работни места в МБАЛ "Сърце и мозък" ЕАД - Плевен.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

Раздел Д. Оценка на въздействието на COVID-19 върху дейността на персонала на МБАЛ „Сърце и мозък“ ЕАД – Плевен.

Моля, изразете Вашето съгласие или несъгласие със следните твърдения относно въздействието на COVID-19 върху Вашата дейност, като служители на МБАЛ "Сърце и мозък" ЕАД - Плевен.

1. Мениджърският екип на болницата реагира достатъчно бързо в началото на обявената пандемия от COVID-19, по отношение на безопасността на пациентите и персонала.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

2. Мениджмънтът на болницата Ви запозна своевременно със съдържанието на Ръководството за комуникация на риска от COVID-19 за здравни заведения (на Световната здравна организация).

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

3. Своевременно бяхте обучени как да прилагате стандартната процедура при инфектиране с COVID-19.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

4. Своевременно бяхте обучени да забелязвате симптоми на потенциална инфекция с COVID-19.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

5. Познавате дефиницията на състоянието и имате разписание на стъпките за поведение, налично и достъпно за справка в пункта за триаж.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

6. Още от самото начало на епидемията от COVID-19, мениджмънта на лечебното заведение Ви осигури на работно място с достатъчно количество и качество на лични предпазни средства.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

7. От началото на пандемията от COVID-19, мениджмънтът на болницата проведе обучение относно важността, подбора и правилното използване на лични предпазни средства?

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

8. От началото на пандемията от COVID-19, мениджмънтът на болницата, разписа ясни правила относно: управление на настаняването, управление на околната среда и посещенията (когато това стана възможно).

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

9. Лично сте участвал по някакъв начин в диагностичнолечебния процес на болен от COVID-19.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

10. С какъв характер са най-сериозните предизвикателства и трудности в работния процес, с които се сблъскахте, свързани с епидемията от COVID-19?

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Здравен
- ☐ Организационен
- ☐ Морално-етичен
- ☐ Финансов
- ☐ Друг

11. Оценявам с възможно най-високата оценка, плана за управление на риска от инфектиране с COVID-19 и предприетите в тази връзка действия от страна на мениджърския екип на МБАЛ "Сърце и мозък" ЕАД - Плевен.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Напълно несъгласен
- ☐ Несъгласен
- ☐ Съгласен/Несъгласен
- ☐ Съгласен
- ☐ Напълно съгласен

Раздел Е. **Информация за Вашия професионален опит.**

Тази информация ще ни помогне при анализа на резултатите.

1. От колко време работите в МБАЛ "Сърце и мозък" ЕАД - Плевен?

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Под 1 година
- ☐ От 1 до 5 години
- ☐ От 6 до 10 години
- ☐ От 11 до 15 години
- ☐ От 16 до 20 години
- ☐ Над 21 години

2. Колко време сте работили в болничното звено?

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Под 1 година
- ☐ От 1 до 5 години
- ☐ От 6 до 10 години
- ☐ От 11 до 15 години
- ☐ От откриването на болницата през 2008 година до момента

3. Обикновено колко часа седмично работите в тази болница?

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Под 20 часа седмично
- ☐ 20 до 40 часа седмично
- ☐ 41 до 60 часа седмично
- ☐ 61 до 80 часа седмично
- ☐ 81 до 100 часа седмично
- ☐ Над 100 часа седмично

4. Каква е Вашата длъжност в болницата? Изберете един отговор, който най-добре описва Вашата работна позиция.

Отбележете само едно кръгче.

- ☐ Дипломирана медицинска сестра
- ☐ Специалист по здравни грижи (рехабилитатор, Rø лаборант или др.)
- ☐ Недипломирана медицинска сестра
- ☐ Главна или старша медицинска сестра
- ☐ Лекар - специалист
- ☐ Лекар – специализант
- ☐ Диетолог
- ☐ Психолог
- ☐ Технически сътрудник
- ☐ Медицински техник или инженер на медицинска или немедицинска техника и апаратура
- ☐

Болнична администрация или мениджър

5. Вашата длъжност налага ли директен контакт и взаимодействие с пациентите?

Отбележете само едно кръгче.

☐

Да, обикновено аз има директен контакт и взаимодействие с пациентите

☐

Не, обикновено аз нямам директен контакт и взаимодействие с пациентите

6. Колко години трудов стаж имате в тази професия?

Отбележете само едно кръгче.

☐

По-малко от година

☐

1 до 5 години

☐

6 до 10 години

☐

11 до 15 години 16 до

☐

20 години над 21

☐

години или повече

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ДОСТОВЕРНОСТ И ОРИГИНАЛНОСТ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

от

Люба Мартинова Митева

Във връзка с провеждането на процедура за придобиване на образователната и научна степен „доктор” по научната специалност „Финанси, парично обръщение, кредит и застраховка (застраховане и социално дело), декларирам:

1. Резултатите и приносите в дисертационния труд на тема: „Организационно-управленски предизвикателства пред лечебните заведения в условия на пандемия от COVID-19 (по примера на МБАЛ „Сърце и мозък” ЕАД – Плевен)“ са оригинални и не са заимствани от изследвания и публикации, в които авторът няма участия.

2. Представената от автора информация във вид на копия на документи и публикации, лично съставени справки и други съответства на обективната истина.

3. Резултатите, които са получени, описани и/или публикувани от други автори, са надлежно и подробно цитирани в библиографията.

гр. Свищов

Декларатор:.....
/докт. Люба Митева/