

ЕФЕКТИВНОСТТА В УПРАВЛЕНИЕТО НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ

Предложен е модел за изграждане на ефективността, според който лечебните заведения се разглеждат като производствени системи. Водещите критерии за оценка на ефективността са характеризирани чрез йерархизиране на резултатите и чрез най-често използваните в тяхното управление показатели. На тази основа са изследвани възможностите на модела на CVP-анализа за фокусирана бизнес-ориентация на системата на управление на лечебните заведения. Акцентирано е върху преодоляването на съществуващи организационни и управленски дефицити чрез обособяването на центрове за управленска отговорност и вземането на аргументирани финансово-икономически решения в обобщени основни типове управленски задачи. Моделът е представен като програма за вземане на решения, чийто основен резултат е управлението на лечебното заведение в зоната на стабилност.

JEL: I11; L32; M31

Повишаването на икономическата ефективност на лечебните заведения е централен проблем и цел на всяка здравната система. Нейното постигане изисква широко използване на модели от аналитичния инструментариум на мениджмънта. За да бъдат успешни, те трябва да имат за основа такава организация на здравната система, която поставя в центъра бизнес-ориентацията на лечебните заведения и фокусирането на тяхното управление към постигането на ясни, измерими и стимулиращи ефективността резултати. Значителни възможности за подобряване на икономическото управление на лечебните заведения осигурява популярният модел на CVP-анализа. Той може да бъде използван не само за решаване на широк спектър от конкретни икономически и управленски задачи, но и за ефективна организация на цялостното управление на лечебните заведения.

Ефективност на управлението

Съвременната литература по икономика на здравеопазването предлага различни подходи и разнообразни методи за оценяване на неговата ефективност.¹ Смята се, че ефективността в здравеопазването има различни страни – икономическа, медицинска, социална, оперативна, разпределителна и т.н., които априорно предопределят целите и обхвата на прилаганите методи. Тяхното овладяване и използване при управлението на структурите от здравната система е неизбежно в съвременните условия като критично

¹ Делчева, Е., Ст. Гладилев. Икономика на здравеопазването. С.: "Princers", 2009, с. 367-378; Делчева, Е. Повишаване на конкурентоспособността на здравеопазването. С.: "Авангард Прима", 2009, с. 97-109; Здравна икономика. Пловдив, ПУ "П. Хилендарски", 2001, с. 309-340; Куерво, Х., Ж. Варела, Р. Беленес. Управление на болницата – нови подходи и тенденции. С.: "Македония прес", 1998, с. 52-57

важно знание и умение на съвременния здравен мениджмънт. Два са основните проблема, които ограничават приложимостта и полезността им за практиката на управление. Първият, който може да бъде определен като *технически*, е свързан със знанието за тях (познаване на възможностите на методите и технологиите на оценка) и за наличната информация, необходима за използването им. Вторият може да се характеризира като *политически*, доколкото за нуждите на управлението е важно (но трудно!) да бъде *избран* онзи метод, който подsigурява вземането на ефективни решения.

Методите, отразяващи различните страни на управлението на ефективността, могат да бъдат разглеждани като конкурентни, тъй като предоставят различни (възможно противоречиви) сигнали, насочвайки мениджмънта към строго определена - и в такъв смисъл едностранна, управленска перспектива. Когато и двата проблема са налични (дори и при най-добро желание за рационализиране по този начин на управлението), мениджмънтът реагира по предвидим начин – той следва съществуващите рутинни практики на нормативно оценяване на ефективността. Подобна нагласа е жизнена и все още доминираща, което се проявява най-често в съпоставките с определени, често осреднени “стандартни” – средни значения на дадени показатели, или в сравнение с първоначалния статус (преди началото на предприеманите управленски действия). Нормативният тип оценяване е с дълбоки корени в управлението на здравната система, които произтичат от дефицити на нейната организация, намаляващи привлекателността на ориентираното към резултати управление. Очевидна е необходимостта от концептуална основа за ефективността, стимулираща управлението към резултати, които интегрират приноса и различните аспекти на здравното пространство.²

Оценката на управлението на здравните организации трябва да бъде насочена към изучаване на условията, процесите, резултатите и ефектите от вземаните решения и предприетите въз основа на това действия. Когато връзката между тези компоненти е налице, се стимулира обратното включване на получената в хода на оценяването информация в процеса на вземане на решения, резултат от което би трябвало да бъде подобряване на управлението. Ако добавим към това и отговорните за протичането на този процес институции, които привеждат в действие процедурите по оценяване и

² Понятието “здравно пространство” е различно от понятието “здравна система”. Към дефинирането на второто се подхожда като правило от позициите на участниците в здравния отрасъл. Последният не е достатъчна и адекватна на нуждите на здравния мениджмънт рамка, в която могат да бъдат описани и управлявани взаимоотношенията, в които влиза лечебното заведение. За здравните мениджъри е важно да идентифицират конкретните участници и техните позиции, характера, мащабите и потенциала на взаимоотношенията, в които участва лечебното заведение, възможностите, които тези отношения им осигуряват, за да постигнат икономическите си цели. Здравно пространство е аналитичен продукт за нуждите на здравния мениджмънт; динамична институционална среда за анализ и разработване на стратегии. Вж. по-подробно *Вълков, А.* Стратегическо управление на лечебните заведения. Клиентската перспектива във фокуса на здравните мениджъри. С.: “Авангард Прима”, 2010 (под печат).

вземане на решения, ще се приближим плътно да реалните очертания на *система за управление, ориентирана към ефективност*.³

Как трябва да изглежда подобна система за управление на ефективността?

В архитектурата на управлението, подчинено на ефективността, има три организиращи взаимно свързани центъра. Те се обособяват като относително самостоятелни *възли* във веригата на ефективността, когато организацията се разглежда като производствена система. *Потенциалът, капацитетът и целите* на организацията (вж. фиг. 1) формират логическата верига на изграждането на ефективността, на чиято основа се обвързват изразяващите ги конкретни показатели. В тази система с натрупване, която е подчинена на свързаността и йерархията на резултатите (фактори, продукция, резултати, въздействия), ефективността не може да бъде определяна парциално и интерпретирана самостоятелно, като отделни нейни страни (колкото и важни да са те) без връзка с останалите елементи. Всеки показател, изразяващ икономичността, продуктивността, ефикасността и ефективността на производството, е част от по-широкото разбиране на целите – чрез постигането на целите се осмислят “техническите” връзки между тях.

Управленската гледна точка към ефективността изисква винаги да гледаме на организациите и на управлението от позицията на целите, което означава, че тя винаги представлява (и може да бъде измервана чрез) *степенята*, в която организациите постигат своите цели. Оценяването на готовността на факторите (на тяхната наличност и способност) да бъдат включени в процеса на производство е съдържание на оценката на производствения потенциал. Процесът на управление на производствените фактори е функция на направените разходи, което определя важното място на рационализирането им и на *икономичността* като страна в изследването на потенциала на производствената система (най-често използваните показатели за системата на здравеопазването са изведени в горната част на фиг. 1).

Следващото стъпало в йерархията на резултатите насочва вниманието към оценяване *продуктивността* на производствените процеси и към характеризиране на *способността* на организацията да трансформира ресурсите в конкретни продукти. Тази способност за производително използване на факторите се определя като *производствен капацитет*, който зависи преди всичко от технически и организационни условия.

³ Идеята за система за управление на ефективността на лечебните заведения, моделирани като производствени системи, е представена в изследване на конкурентоспособността на публичните многопрофилни болници (вж. *Вълков, А.* Конкурентоспособност на публичните многопрофилни болници: концепция, показатели и стратегии за подобряване на конкурентните позиции. - Икономически алтернативи, 2007, бр. 3, (80), с. 35-41. Тук идеята е прецизирана, като елементите на “веригата на ефективността” са характеризирани от позицията на йерархията на резултатите, а по-нататък тя е операционализирана чрез прилагането на CVP-анализа.

Фигура 1



Както се вижда от фиг. 1, редица показатели, традиционно приемани в установената практика като измерители на ефективността в здравеопазването,⁴ в разглежданата аналитична рамка на управлението на ефективността намират по-точно място и интерпретация. В случая те характеризират организационно-технологичните аспекти на дейността и икономическата страна на *операционните процеси*.⁵

⁴ Грива, Хр., Хр. Стойкова, Т. Чолакова. Здравни индикатори. С.: НЦЗИ, 2000, с. 57-89; Делчева, Е., Ст. Гладилев. Цит. съч., с. 99-105.

⁵ Възката между дейностите и резултатите се разглежда най-често през призмата на *медицинската* ефективност. От тази гледна точка е налице обвъркване в разбирането и прилагането

Последните две стъпала в “йерархията на резултатите” диференцират разбирането за целите. Резултатите и въздействията от тях са извън рамките на процесите, характеризиращи производствената система, и представляват два последователни етапа на *външно* (независимо от мениджмънта) оценяване. Предизвикателство за здравните мениджъри е изнасянето само по себе си на решаващата оценка за ефективността на външни за лечебното заведение оценители (основание за тази нагласа е разбирането, че ценността на предоставяните медицински услуги се създава вътре в лечебното заведение). Лечебните заведения заедно със заинтересуваните групи на доставчиците, фармацевтите, фармацевтичните компании, производителите на медицинско оборудване, пациентските организации, финансиращите правителствени и неправителствени организации и др. формират общо *здравно пространство* с множество точки на взаимодействие.⁶ Най-важни са взаимоотношенията с клиентите (възприемани досега като пасивни пациенти). Според Коимбаторе Прахалад и Венкат Рамасвами в днешно време в резултат от широк достъп до информация те преодоляват своята изолираност и участват в процеса на създаване на ценности, прокарвайки сами “пътека през здравословното пространство, като по този начин изграждат персонално здравно портфолио”.⁷

Новата роля на потребителите в процеса на създаване на стойност, изразяваща се по думите на Филип Котлър и Джон Каслионе в “овластяването на клиентите”⁸, дава основание да характеризираме производствения резултат на лечебните заведения като *услуги с отворен код*, получавани с прякото и активно участие на потребителите и другите заинтересувани групи. Оценяването на *реакцията* на потребителите и останалите заинтересувани групи от здравното пространство, в което *попада* и лечебното заведение, насочва мениджмънта към

на критериите за производителност и ефикасност, в основата на което е интерпретацията им съответно като икономическа и медицинска ефективност. Не споделяме схващането, че “ефективната медицинска помощ не е необходимо да бъде икономически ефективна” (вж. Болничен мениджмънт. С.: НЦОЗ, 2005, с. 81). Степента, в която една дейност води до постигане на желания резултат – медицински продукт с *фиксиран* параметри за качество - във веригата на ефективността, се определя като *ефикасност*. Критерият за производителност изисква да се максимизира положителната разлика между обема на произвежданите продукти при определено количество производствени фактори. Критерият за ефикасност насочва към решаване на “обратната” задача. Един процес е ефикасен (действен), когато води до постигане на желаните резултати и следователно задачата е да се определи количеството фактори, достатъчни за реализиране на планираните по обем и качество продукти. Производствените фактори и организацията на работа (технологията) не са изключени от критерия за ефикасност. Доколкото последната дефинитивно е насочена към резултатите – тръгва се от желаните резултати и се върви към определянето на ресурсите, то един производствен процес не може да е производителен, ако той не е и ефикасен.

⁶ Прахалад, С., В. Рамасвами. Бъдещето на конкуренцията. Съвместно създаване на уникални ценности с клиентите. С.: ИК “Класика и стил”, 2009, с. 17-58.

⁷ Пак там, с. 19-25.

⁸ Котлър, Ф., Д. Каслионе. Хаотика. Мениджмънт и маркетинг в епохата на турбулентността. С.: “Locus”, 2009, с. 64-68.

използване на маркетинга на взаимоотношенията като централизирана организационна рамка за управлението. Най-високото място в разглежданата йерархия на резултатите заемат въздействията, които представляват индивидуалните и социалните подобрения и решените здравни, социални и други проблеми. Тяхната идентификация, изследване и включване в процеса на оценяване на ефективността описва усилията на този етап и "подписва" крайната оценка за ефективността.

Вижда се, че разглежданият процес на изграждане (и оценяване) на ефективността *съвпада* с процеса на създаване на стойността (ценността). От тази гледна точка обобщаващият критерий, обхващащ всички възли от веригата на ефективността, се интерпретира като ценност, която потребителите (обществото) придават на един или друг начин на изразходваните от тях парични средства. Доминиращият икономически акцент в разсъжденията дотук предполага търсенето на лесно разбираема от здравните мениджъри платформа, която едновременно да описва логиката на изграждане на ефективността. Такъв модел, който отговаря на условията да бъде едновременно широка платформа за управление на ефективността и в същото време - практически достъпен, като предоставя ясни техники за оценка, би могъл да бъде CVP-анализът.

CVP-анализът като основа за икономическо управление

Анализът "разходи – обем – печалба" (Cost-Volume-Profit Analysis) е сред най-популярните модели в областта на финансовия мениджмънт⁹ и на икономическото управление на лечебните заведения,¹⁰ както и на управлението на маркетинга на стопанските и нестопанските организации, където се използва за нуждите на разходното ценообразуване.¹¹ Той дава цялостна картина на производствено-икономическата система на организацията. Централната идея в него е следната: на основата на изучаване на взаимодействието между разходите, производството и печалбата мениджърите трябва да могат да вземат бързо адекватни и ефективни икономически и маркетингови решения. Когато взаимодействието между тях е ясно, мениджърите могат да отговорят на редица важни, често тревожни въпроси, например: колко финансови средства са ни необходими, за да функционира лечебното заведение при планираните (очакваните) обеми на дейност; колко пациенти трябва да се привлекат, колко и какви услуги да се предложат, за да се гарантира финансовата стабилност на лечеб-

⁹ Drury, C. Management Accounting for Business Decisions. Thomson Learning, 2001, p. 45-81, <http://www.scribd.com/doc/7232849/Drury-C-Management-Accounting-for-Business-Decisions>; Homgren, Ch., G. Foster, S. Datar. Cost Accounting. A Managerial Emphasis, 10th ed. Prentice Hall, 2000, ch. 3.

¹⁰ Делчева, Е., Ст. Гладилев. Цит. съч., с. 259-275; Куерво, Х., Ж. Варела, Р. Беленес. Цит. съч., с. 22-26; Nowicki, M. The financial management of hospitals and healthcare organizations, 4th ed. Chicago: Health Administration Press, 2008, p. 174-177.

¹¹ Котлър, Ф., А. Андреасен. Стратегически маркетинг за нестопанските организации. С.: ИК "Класика и стил", 2005, с. 534-555; Kotler, Ph, R. Clark. Marketing Health Care Organizations. Prentice Hall, 1987, p. 357-360.

ното заведение; ефективна ли е структурата на разходите, кои от тях и с колко трябва да се променят; кои са финансово ефективните направления на дейност и какви разходи ще са необходими за тях и т.н.

Към по-общите задачи, свързани с възможностите на модела, спадат: планиране на натовареността (използването) на производствените мощности, промяната в продуктивния портфейл (колко от отделните видове продукти да произвеждаме, така че да ни носят по-висок положителен икономически резултат), дали цените на предлаганите продукти са адекватни от гледна точка на разходите, дали да се разширява производството, дали и колко да се инвестира (строителство, закупуване на апаратура и др.), дали управляваните организации са икономически ефективни и как да бъдат задържани в зоната на финансовата стабилност. Отговорите на тези и редица други въпроси характеризират CVP-анализа като *обобщаващ* модел за планиране на разходите, производството и печалбата (икономическите резултати), който се опира на изследването на тяхната *взаимна* връзка и обусловеност. За да се определи например икономическият резултат от дейността, той трябва да бъде разгледан като последица от равнището и поведението на различните видове разходи (променливи и постоянни), в т.ч. и от цените на вложените в производството материали. Ясно е, че обхватът на решаваните задачи е много по-голям, отколкото са предлаганите варианти в литературата по икономика на здравеопазването и, разбира се, отколкото здравните мениджъри се решават (и могат) да използват.

Моделът предоставя последователен и ясен алгоритъм на решение на всяка основна (типова) задача (вж. таблицата), както и разбираема за мениджърите интерпретация на резултатите. Прилага се в краткосрочен и в дългосрочен план.¹² Критерият за оценка на различните варианти на поведение на разходите, производството и приходите е икономически убедителен и привлекателен за мениджмънта – целта е да се планират такива разходи и дейности, така че икономическият резултат да бъде в пространството на безопасност или управлението на дейността на лечебното заведение да бъде финансово стабилно. Най-важното условие, което предопределя качеството на анализа, е “захранването” на модела с адекватна информация (спрямо изискванията за класифициране на разходите)¹³ и интерпретация на резултатите, които съответстват на неговите ограничения.

Обсъждането на CVP-анализа като основа на икономическото управление предполага да се обърне внимание на две управленски проекции, свързани с него. Първата обобщава влиянието му в общ управленски план,

¹² *Четыркин, Е.* Финансовый анализ производственных инвестиций. Москва: “Дело”, 2001, с. 66; *Drury, C.* Цит. съч., р. 51-52; *Homgren, Ch., G. Foster, S. Datar.* Цит. съч., ch. 3.

¹³ Подчертаваме това общо (валидно) за всички модели условие, за да насочим още веднъж вниманието на здравните мениджъри към важността на изучаване на *поведението* на разходите. В модела на CVP-анализа те се обобщават в две групи – постоянни и променливи. В преобладаващата си част използваните от здравните мениджъри икономически методи за анализ не се опират на подобна икономическа информация.

т.е. общата управленска перспектива. Овластяването и използването на който и да е инструмент за анализ не би довело до отчетливи и стабилни ползи за управлението на ефективността, ако той не бъде вграден в системата на вземане на решения, в резултат от което произвежданите с негова помощ стимули да насочват организацията към ефективност. Вторият аспект е свързан с възможностите на модела да дава решения на различни управленски задачи. И двата аспекта са нови за управлението на здравните организации.

Пространството на икономическите решения е очертано от трите основни параметъра на CVP-анализа - разходи, продажби и печалба (фиг. 2). В логиката на модела основната линия на свързаност е между разходите и производството (приходите от продажбите), като тази връзка има *технологична основа*. Разходната (икономическа) страна на технологиите е несъмнена. Конкретната производствена технология (операционните процеси) трансформира в продукти разходите и определя характерната за тази технология *структура* на разходите. Придържането към определена здравна технология и технологичните иновации са от фундаментална важност за управлението на здравните организации и техните дългосрочни конкурентни позиции. Те очертават физическите граници, в които се разполагат решенията на конкретните задачи на модела. Икономическите резултати (печалбата) са резултативната променлива, чиято величина зависи от уменията на мениджмънта да балансира разходите и производството (продажбите) в рамките на зададената производствена технология.

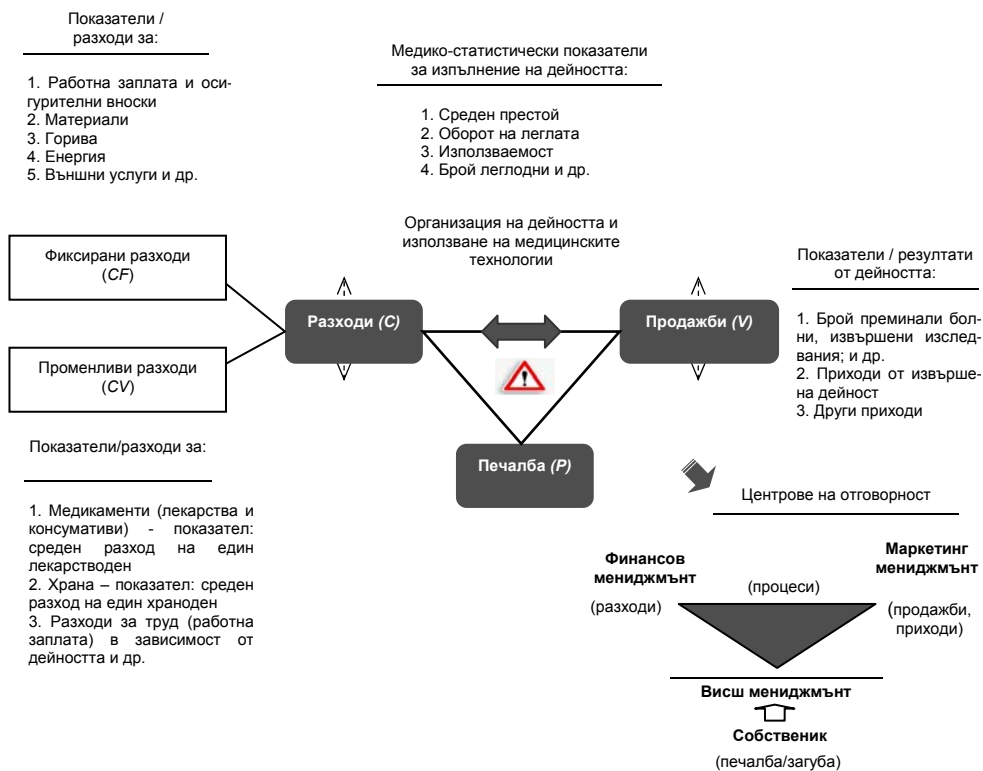
Посочената подредба на елементите на модела е показателна и за двете конвенционални мениджърски нагласи в една (относително) *предвидима* околна среда. В условията на *нарастваща* икономическа активност и растеж, които подкрепят позитивните бизнес-оачквания, бизнес-реакцията на мениджмънта се свежда до разширяване на дейността, а стратегиите се градят върху нарастването на продажбите. Когато външната среда се определя с характеристиките на кризата и негативните очаквания за намаляващото търсене и ограниченото финансиране доминират представите на мениджърите за бъдещето, стандартната реакция се свежда до (понякога драстично) съкращаване на разходите. Образното представяне на тези управленски конотации е във вертикалното движение на двата края на технологичната основа на триъгълника (разходите и продажбите на фиг. 2). И двете бизнес-стратегии – инвестиране и развиване на нови дейности и драстично намаляване на разходите, без да се отчитат възможните сценарии на развитие на бъдещето и без да се фокусираме върху възможностите, които предоставят силните страни, могат да бъдат пагубни.¹⁴ Когато целта на управлението е постигането на устойчивост чрез гъвкава смяна на конкурентните позиции и фокусиране върху ефективността, балансирането на разхо-

¹⁴ Котър, Ф., Д. Каслионе. Цит. съч., с. 74-76.

дите и приходите не е въпрос на “финансова гимнастика”, а трябва да залага на основните дейности и водещите ценности.¹⁵

Фигура 2

Фокусни точки на управлението (“разходи – обем – печалба”)



Забележка. Класификацията на разходите се прави за всеки конкретен случай. В зависимост от механизма на финансиране разходите за труд могат да бъдат или постоянни, или променливи или условно-променливи.

¹⁵ В днешно време нараства цената на знанието и смелостта, които са основа на компетентното управление и планиране. Предупреждавайки мениджърите за опасностите, Филип Котлър и Джон Каслионе идентифицират следните основни грешки, допускани от тях: (1) решения за разпределяне на ресурсите, които подкопават фирмените ценности; (2) поголовни съкращения на разходите вместо фокусирани и премерени действия; (3) бързи начини за запазване на паричния поток, които застрашават дългосрочното бъдеще на компанията; (4) намаляване на разходите за маркетинг, брандинг и разработване на нови продукти; (5) намаляване на продажбите и понижаване на цените; (6) отдалечаване от клиентите чрез редуциране на свързаните с продажбите разходи; (7) съкращаване на разходите за професионално обучение и развитие; (8) подценяване на доставчиците и дистрибуторите (вж. *Котлър, Ф., Д. Каслионе*. Цит. съч., с. 80-101).

Проектирането на елементите на модела на CVP-анализа върху организацията на управлението е видимо – управлението на разходите, производството (продажбите) и печалбата са отговорност на различни по своята професионална дейност и ориентация структури в общото управление на организациите. Те формират *обособените центрове на отговорност* на мениджмънта. Когато се наложат върху стандартната функционална структура на управление, макар и приблизително, може да се обобщи показаното на фиг. 2 разпределение на отговорностите. Отговорност на финансовия мениджмънт в организацията е проследяването и управлението на разходите. Въпреки че технически погледнато в CVP-анализа не се прави разлика между производство и продажби, от организационна гледна точка това са относително самостоятелните области съответно на операционния мениджмънт, отговарящ за управлението на производството (използването на диагностичните и лечебните технологии), и на маркетинговия мениджмънт, който носи отговорност за приходите, насочвайки усилията си към привличането на клиенти и задържането им чрез изграждане на взаимоотношения. Отговорността за икономическото състояние на лечебното заведение остава за висшия мениджмънт и собственика. На тази основа използваните в управлението стандартни показатели могат да бъдат реасемблирани наново (вариант на преподреждане е представен на фиг. 2), като по този начин специфичните области на управление получават по-ясни индикатори за контрол и оценка. Мрежата от връзки между тях отразява значително нарасналата сложност на управлението.

Съществуващата система на управление на лечебните заведения видимо и значително се отклонява от посочената схема. Въпреки че управлението на публичните лечебни заведения е конструирано по “търговски образец”, приетата стандартна организация на управлението не разчита на показаното функционално детайлизиране на отговорностите. Системата на управление на лечебните заведения се разгръща на основата на *разграничението* при организацията на медицинските и немедицинските дейности. При едностепенната система ангажиментите по стратегическото управление се осъществяват от общото събрание и съвета на директорите на лечебните заведения. Оперативното управление е възложено на изпълнителния директор, който се подпомага като правило от управленски екип, формиран на базата на общия разграничителен признак (най-често по икономическите и по медицинските дейности), ръководители на структурни звена (клиники, отделения, сектори, лаборатории и диагностичен блок) и помощно-консултативни органи, главно за подпомагане на управлението на различни страни на медицинските дейности (постоянни специализирани комисии, медицински съвет, дирекционен съвет, съвет по здравни грижи и др.).

По хоризонтала (във функционален план) дейностите в болничните лечебни заведения, в които предметните и функционалните области са най-разгърнати, са законово обособени в задължителните четири организационни блока: диагностично-консултативен, стационарен, административно-стопански и аптека.

Последващото организационно раздробяване и обособяване надолу по управленската вертикала увеличава броя на структурните звена на основните блокове като клиники, отделения с легла, сектори, приемно-консултативни и спешни кабинети, отделения без легла, медико-диагностични лаборатории и центрове. Подобна система на широка в основата си организация произтича от различията в медицинската дейност (основни и профилни медицински специалности), като аргументацията е, че с това се търси създаването на предпоставки за оптимално в рамките на *отделните* структурни звена използване на ресурсите и оказване на качествена (според професионалните медицински стандарти) медицинска помощ.

Вертикално построените организационни системи, характерни и законово “щамповани” в здравеопазването (особено видимо в по-големите лечебни заведения) генерират хронични проблеми, които от позицията на висшите мениджъри най-често се виждат като затормозяване на управлението и изплъзващ се управленски контрол. Силната “властова” позиция на организациите, работещи в асиметрична пазарна среда (този проблем е характерен за пазарната структура на здравеопазването), позволява постоянно нарастващите административни регулации, най-често насочени към ограничаване на непрекъснато повишаващите се обществени разходи, да бъдат лесно инкасирани в сметката на нееластичните здравни потребности. Организационните структури с блокирани механизми за влияние на външната среда и липсващи центрове на отговорност ориентират икономическото си поведение според силните сигнали на договорните партньори и спонсори (предимно финансиращите обществени структури) за сметка на реалните им клиенти. Сигналите им за управлението остават слаби.

CVP-анализът осигурява *фокусирана бизнес-ориентация* на управлението, чувствително към условията и промените на външната среда. Такъв би бил крайният резултат от рекомбинирането на целия механизъм (цели, функции, отговорности, структури, връзки), в който са поставени сегашните преобладаващо затворени и самодостатъчни организационни системи в сферата на здравеопазването. Само при такава предпоставка решенията на конкретните задачи в плоскостта на този анализ могат да дадат смислени и стимулиращи отговори.

Основни управленски задачи

В широката аналитична рамка на CVP-анализа най-важно е разбирането на взаимовръзката между разходите и производството (продажбите). Въпреки популярността на анализа в литературата¹⁶ и несекващия интерес към неговите възможности за решаване на широк кръг икономически задачи,¹⁷ практическото му прилагане е сравнително слабо. Той си остава модел, използван за строго аналитични цели, средство от арсенала на здравните

¹⁶ Nowicki, M. Цит. съч., с. 161-174.

¹⁷ Янева, Р. Използването на метода на равновесната точка за оптимизиране на приходите и разходите на клиника по хирургия. - Здравна политика и мениджмънт, 2009, бр. 5, с. 22-26.

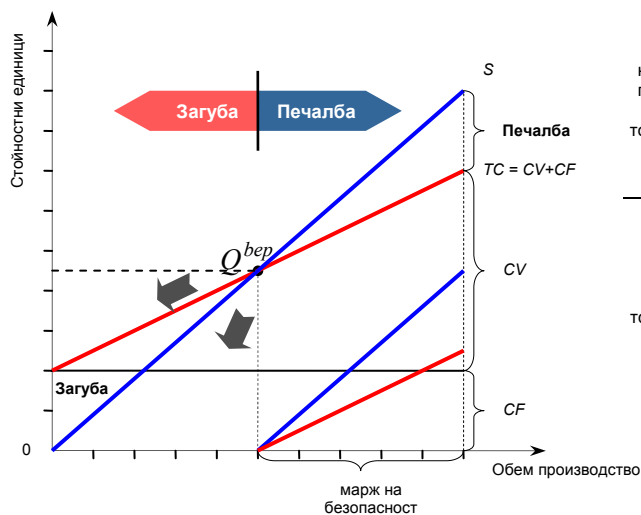
икономисти. Вероятно част от трудностите се коренят в дефицита на необходимата за него информация, за чието “производство” е необходима друга, различна от практикуваната форма на отчетност и разбирането за поведението на разходите.

Определяне на бариерното равнище

Основната и с най-голяма популярност задача във финансово-икономическото управление е за определяне на бариерното (критичното) значение на производството. Нейното графично и аналитично решение е показано на фиг. 3.¹⁸

Фигура 3

Графичен вид и решение на задачата за критичната точка



Задачата за критичната точка се определя като минимално необходимото (бариерно) равнище на производство, при което приходите от продажбите се изравняват (покриват точно) с направените разходи, т.е. няма нито печалба, нито загуба.

$$Q = ? \quad S = TC \Rightarrow B = 0$$

Тъй като $S = p * Q$, а

$$TC = CV + CF = c * Q + CF,$$

то заместваме в условието $S = TC$ и развиваме по следния начин:

$$p * Q = c * Q + CF$$

$$p * Q - c * Q - CF = 0$$

$$Q(p - c) = CF \text{ или}$$

$$Q^{ber} = \frac{CF}{(p - c)}$$

където: Q е обемът на производството в натурално изражение (например брой преминали болни), S - размерът на приходите от продажби, Q^{ber} - бариерният обем производство, TC - пълните разходи, CV - променливите разходи, CF - постоянните разходи, c - променливите разходи на единица продукция и B - печалбата.

Методът на критичната точка (*break-even analysis*) има най-голяма убедителност и обяснителна сила при представянето на анализа. Той обхваща решаването на относително самостоятелен клас задачи, чиято обща постановка

¹⁸ Тук нямаме за цел да излагаме познатите в литературата варианти на задачите, а да насочим вниманието към обсъждания въпрос за управленската платформа, която той осигурява, и произтичащите от това възможности за икономическото управление на лечебните заведения.

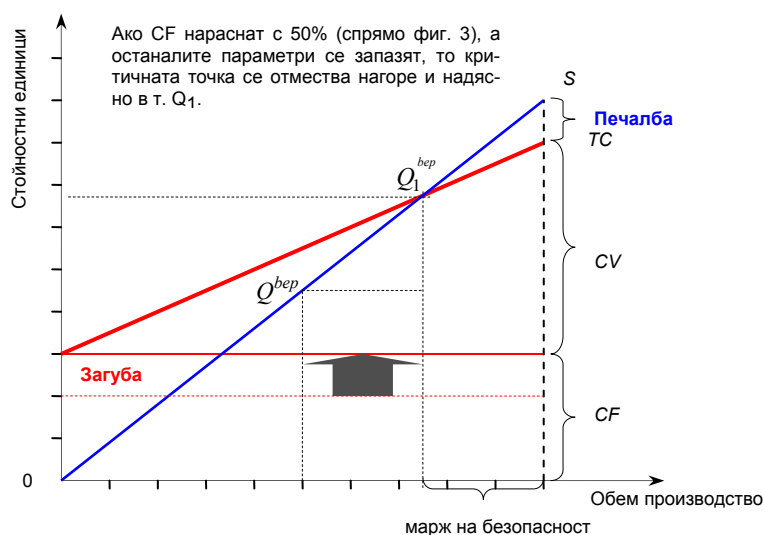
е следната: под бариерно значение се разбира такава стойност на даден параметър, чието надхвърляне води до положителен или отрицателен икономически резултат. Характеризирането на бариерното значение по този общ начин дава възможност за широк спектър от приложения. Критични (бариерни) могат да бъдат не само значенията на обема на производството на даден продукт, но и цените и разходите. Всъщност задачата се отнася до намирането на такава стойност на *всеки* конкретен параметър в модела на CVP-анализа, в резултат от което бива изпълнено общото условие – приходите да покрият (да се изравняват с) разходите. Всяка промяна в стойността на параметъра, която води до нарушаване на това изискване, се определя като критично (бариерно) равнище – икономическият резултат от това е печалба или загуба.

Най-често срещаният вид на задачата за бариерното равнище е, когато в ролята на управляващ параметър е обемът на производството (на фиг. 3 е показан линейният счетоводен вариант на решение). Определянето на бариерното производство е *първата стъпка* от поредицата от финансово-икономически разчети в модела на CVP-анализа, които проектират възможните варианти на икономическите решения. Той може да се определи като стартиращ икономически анализ, тъй като дава представа за “икономическия под” на функциониране на управляваната икономическа система (организацията). За организациите от публичния и неправителствения сектор задачата за критичната точка на производството има още две важни достойнства: *първо*, за тях моделът на бариерното равнище дава решение относно съставянето на т. нар. нулев бюджет; *второ*, да бъдат балансирани различните основните *източници* на приходи (разглеждани по подобие на разходите като променливи и постоянни) – за разлика от тях доходите на организациите от частния сектор формират по пазарен начин доходите си, т.е. като променлива величина. Следващите варианти на икономически разчети зависят от конкретните нужди и задачи на управлението (най-често срещаните варианти са обобщени в таблицата), но е ясно, че без знанието за минимално необходимото производство и другите бариерни значения не би имало адекватна представа за ефективността на икономическото управление.

Полезността на решаваните задачи в рамките на CVP-анализа е в съставянето на ясна обща картина на икономическото състояние на организацията и ориентирането на мениджмънта към използване на онези икономически лостове, които целят постигането на финансова стабилност. Към това се подхожда по два пътя. Доколкото бариерното равнище не е фиксирано, а е резултат от отношението между “управлявани” (контролирани) променливи за разходите, то целта на мениджърите е да “смъкнат” критичния обем производство (на фиг. 3 това е показано със стрелките, едновременно наляво и надолу). Вторият път е през стимулирането на по-голямо търсене, а значи и по-високи очаквани приходи. На фиг. 4 и 5 са показани ефектите на променливите и постоянните разходи върху бариерното равнище на производството. Вижда се, че при едни и същи условия ефектът на променливите разходи върху критичната точка е по-силен.

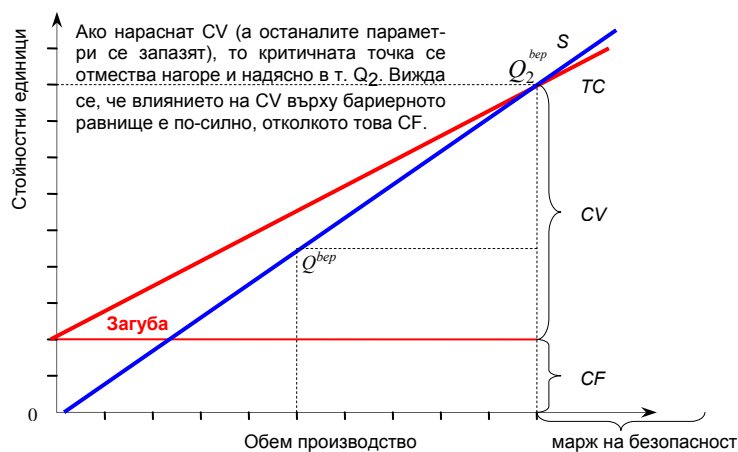
Фигура 4

Изместване на критичната точка при нарастване на фиксираните разходи



Фигура 5

Изместване на критичната точка при нарастване на променливите разходи



Разнообразието от задачи на CVP-анализа не е свързано само с конкретните нужди на производствения и финансовия мениджмънт в организацията. Определянето на разходно-ориентирани цени (cost-oriented pricing) и сравняването им с останалите подходи на ценообразуване – цени, ориентирани към

търсенето (demand-oriented pricing), конкурентно ценообразуване (competition-oriented pricing) и ценообразуване, ориентирано към максимизиране на реимбурсацията (maximum-reimbursement-oriented pricing), предлагат възможности на маркетинговия мениджмънт на лечебните заведения да разработва по-адекватни, по-гъвкави и по-ефективни ценови стратегии.

Таблица

Основни задачи, решавани с помощта на CVP-анализа

Типови задачи	Начин на определяне
1. Планиране на производството/продажбите: 1.1. При какъв обем дейност (производство/ продажби) приходите ще покриват разходите? (задача за критичната точка, или задача за бариерното равнище на производството)	$Q^{bep} = \frac{CF}{(p - c)}$ <p>В общия случай:</p> $Q^* = \frac{CF + B^{t \text{ arg et}}}{(p - c)}$ <p>Когато целевата печалба се изразява в процент от приходите, формулата има следния вид:</p> $Q^* = \frac{CF + b(pQ)}{(p - c)}$ <p>където b е желаното равнище (процент) печалба (спрямо приходите)</p>
1.2. При какъв обем дейност (производство/ продажби) приходите ще надхвърлят разходите с определено (желано, целево) равнище? (задача за целеви продажби или планиране на производството с цел постигане на целева печалба)	$Q_Z^{t \text{ arg et}} = \frac{CF + \frac{Z}{(1 - t)}}{p - c}$ <p>където Z е желаната чиста печалба, а t - ставката на преките данъци;</p>
1.3. При какъв обем дейност (производство/ продажби), може да се постигне определен (желан, целеви) размер чиста печалба? (задача за планиране на производството, приходите от което покриват и данъците)	<p>Запас на финансова стабилност:</p> $MS_{Q^{BEP}} = S - S_{Q^{BEP}} \text{ или } MS_{Q^{BEP}} = \frac{S_{Q^{BEP}}}{S}$ <p>Коефициент на финансова стабилност:</p> $KMS_{Q^{BEP}} = \frac{S - S_{Q^{BEP}}}{S} * 100$ <p>където S са очакваните (прогнозните) приходи, а $S_{Q^{BEP}}$ - приходите в критичната точка</p>
1.4. Доколко може да бъде намален обема на дейност (производството, продажбите), така че да не понесем загуби (преди да понесем загуби)? (задача за планиране на маржа на безопасност)	
1.5. С колко ще се промени печалбата от дейността в резултат от промяна на производството (продажбите)? (задача за анализиране на промените в операционната печалба)	$\Delta B_{(EBIT)} = \Delta S * K_{CM}$ <p>където $\Delta B_{(EBIT)}$ е изменението (прираста) на операционната печалба (преди облагане с лихви и данъци), ΔS - изменението в обема на производството (продажбите), а K_{CM} - коефициентът на приноса (contribution margin) общо (или на единица $K_{CM \varrho}$);</p> $K_{CM} = 1 - \frac{CV}{S} \text{ или } K_{CM \varrho} = 1 - \frac{c}{p}$

Таблица (продължение)

2. Планиране на цените за прогнозирани (целеви) равнища производството/продажбите:

2.1. Каква трябва да бъде цената на единица продукт, така че при определен обем на продажбите с приходите от тях да се покриват разходите?
(задача за "бариерната цена")

$$P_{Q^{BEP}} = \frac{TC}{Q} = c + \frac{CF}{Q}$$

2.2. Каква трябва да бъде цената на предлагания продукт, така че при даден обем продажби приходите да надхвърлят разходите с определено (желано) равнище?
(задача за определяне на цена, осигуряваща целева печалба)

Когато целевата печалба се изразява в процент от приходите, то:

$$P_{Q^*} = \frac{TC}{(1-b)}$$

където b е желаното равнище (процент) печалба (спрямо приходите)

2.3. Каква трябва да бъде цената на предлагания продукт, така че при даден обем продажби да бъде постигнато определено (желано, целево) равнище на чистата печалба?
(задача за определяне на цена, осигуряваща желана чиста печалба)

$$P_{Q^{\frac{1}{2}ms}} = \frac{TC}{Q} + \frac{Z}{Q * (1-t)}$$

3. Управление на инвестициите:

3.1. Какъв е бариерният (минималният) обем на производство при реализирането на инвестиционен проект?
(задача за критичната точка при реализирането на инвестиционен проект)

Счетоводен подход (инвестициите се отчитат чрез амортизациите):

$$Q^{BEP} = \frac{CF + D}{(p - c)}$$

където D е сумата на амортизационните отчисления (за съответния период)

3.2. Какъв е срокът на откупуване (минимално допустимият срок на производство) при даден годишен обем на производство?
(срок на откупуване при производство на равнището на критичната точка)

Вместо годишните постоянни разходи се отчита размерът на инвестициите и свързаните с тях постоянни производствени разходи. Тогава $TC = n * c * Q + CF$, а $S = n * p * Q$, където n е срокът на производство. Срокът на откупуване е равен на

$$n_k = \frac{CF}{Q(p - c)}$$

Забележка. Основните означения на представените формули са дадени на фиг. 1.

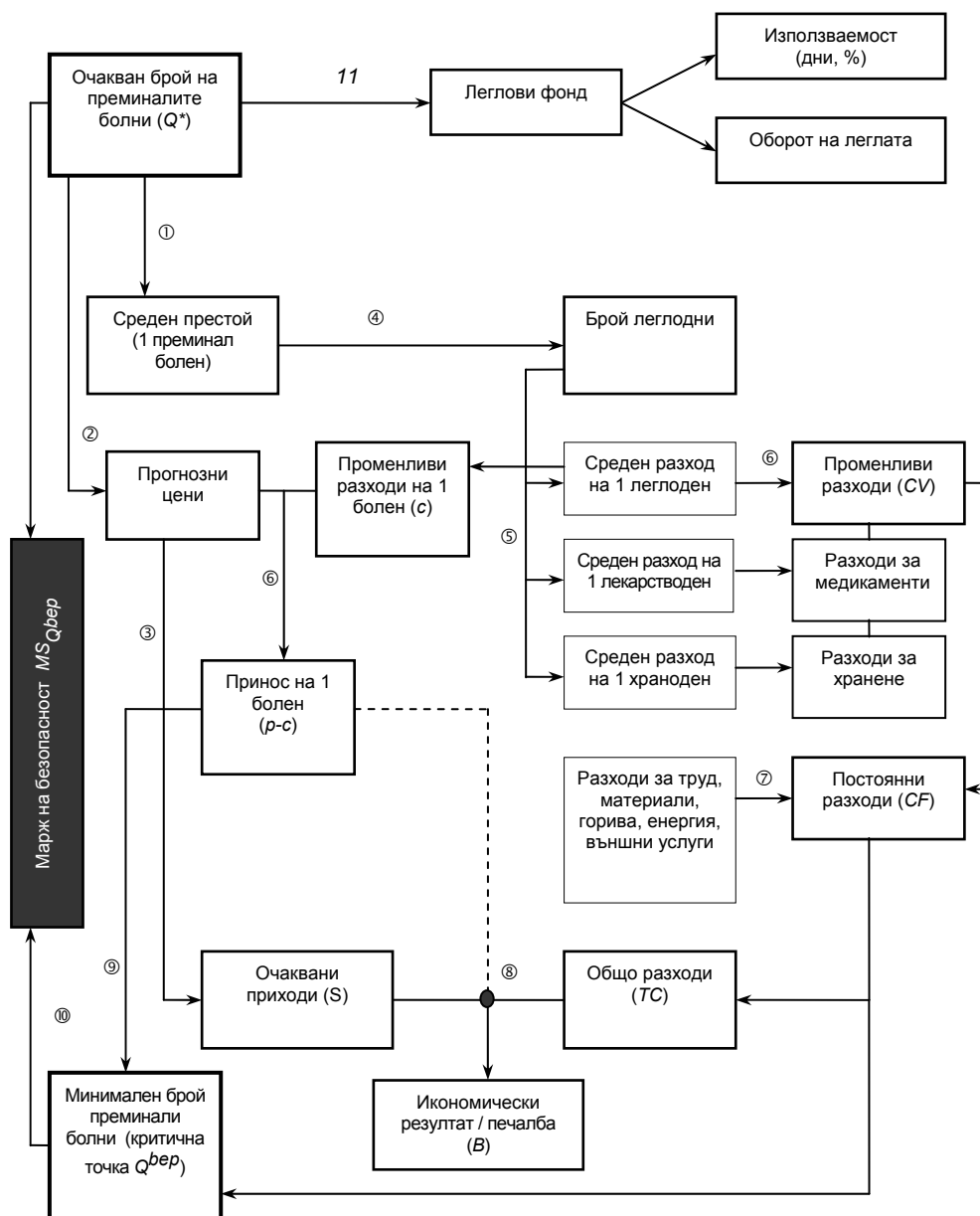
Управление в зоната на стабилността

Такова управление на лечебното заведение изисква да бъде изпълнена технологията на CVP-анализа. Програмната последователност и основните връзки са показани на фиг. 6. Разглеждана във връзка с широката икономическа основа на управлението, която осигурява анализа (фиг. 2), програмната схема на фиг. 6 детайлизира основните зависимости и ги представя под формата на процес на вземане на решения. На тази основа лесно може да бъде намерено мястото на отделните центрове на отговорност и съответните структурни звена на лечебното заведение.

Класификацията на разходите се прави за всеки конкретен случай. Както е показано на фиг. 2, разходите за труд могат да бъдат класифицирани като променливи или постоянни в зависимост от приетия механизъм на финансиране (на фиг. 6 те са показани като постоянни разходи).

Фигура 6

“Програма” на CVP анализ/управление на ефективността



Планирането на разходите и дейностите така, че организацията винаги да бъде в безопасната зона (вж. фиг. 4), остава неизменна икономическа цел на управлението (това предполага решаването на типовите задачи 1.2 и 1.3 от таблицата). Основната програма (последователност) за постигането на тази цел е следната:

1. Прогнозните варианти на дейността зависят най-вече от търсенето на здравни продукти (и в крайна сметка - здравни подобрения), което е външна информация за модела. Здравните потребности са екзогенна променлива, която е свързана с тежестта на честотата и заболяванията, здравната култура на населението и др. За различните прогнозни равнища на търсенето очакваният обем дейност е резултат от възможностите (наличните и в готовност фактори) и капацитета на лечебното заведение (използваните технологии на работа). На тази основа от прогнозните варианти на очаквания обем дейност тръгват две основни линии, които "задвижват програмата" – на прогнозната оценка на приходите, получавана на базата на очакваните цени на предлаганите продукти, и на прогнозната оценка на разходите при съответните равнища на дейност. На фиг. 6 съответно за приходите това са линии 2 и 3 и за разходите – линии 1 и 4.

Стартирането на програмата с оценката на здравните потребности, които подават основните управленски импулси, показва, че пазарната (външната към средата) ориентираност е водещата страна при управлението на лечебните заведения. Това подчертава ключовото място на маркетинговите звена в тях (като обособени управленски центрове на отговорност за управлението на приходите на лечебното заведение). Но както показва самият модел, ролята на здравния маркетинг не се изчерпва с набирането на достоверна информация и прогнози за различните аспекти на търсенето, тя включва и провеждането на активни мерки за *привличане и задържане* на пациенти. Фокусирането върху търсенето на нови възможности, каквато е задачата на маркетинга, и реалното му интегриране в процеса на управлението на лечебните заведения е основна антикризисна мярка, гарантираща на мениджмънта гъвкава устойчивост в конкурентна и несигурна среда.¹⁹

2. Използваните производствени технологии, изразявани от показателите за среден престой, предоставят основната рамка за получаването на адекватни оценки за променливите разходи (най-важните от които са за медикаменти, консумативи и хранене на болните) общо и за един преминал болен. Показателят за среден престой зависи от здравните потребности (вида и тежестта на заболяванията) и използваните за тяхното задоволяване медицински технологии. При зададена операционна технология неговото равнище е последица от тежестта на обслужваните случаи.

¹⁹ Котляр, Ф., Д. Каслионе. Цит. съч., с. 191-222.

Вярно е също и че при зададен вид и сложност на здравните потребности използваните технологии на обслужване предполагат гъвкавост (вариативност) при тяхното прилагане, което се определя от факта, че конкретните случаи са уникални сами по себе си и изискват индивидуализиране на обслужващия процес. От тази гледна точка въпросният показател може да бъде разглеждан като основен (синтетичен) целеви управляващ параметър. Постигането на целевите (желаните) стойности при различните варианти на търсене определят и равнищата на променливите разходи и насочват вниманието на мениджмънта към намирането на възможности за тяхното оптимизиране. На фиг. 6 това е показано с линии 5 и 6.

3. Икономическа представа за мащабите на лечебното заведение дават фиксираните разходи, които са свързани пряко с обслужване на функционирането на наличния производствен потенциал (факторите на производство). Конкретното равнище на фиксираните разходи зависи от външни фактори и се определя от ценовите равнища на използваните компоненти. Технологичните фактори са не по-малко важни – всяка конкретна производствена технология може да бъде описана чрез основната структура на присъщите разходи, изисквани от самата технология и при нормални условия на експлоатация. Ако на равнище лечебно заведение тази връзка изглежда скрита поради използването на различни технологии, на продуктово равнището съотнасянето на разходите трябва да се правени за *всеки етап* от технологията на производствения процес. (Идентифицирането и акумулирането на постоянните разходи като част от програмната схема е показано на фиг. 6 с линия 7.)

4. Балансирането на прогнозните равнища на приходите и разходите описва последната стъпка в разглежданата последователност (линия 8 на фиг. 6). Основният управляващ параметър е приносът или получаваният доход в разчет на един преминал болен, чрез който се покриват постоянните разходи (contribution margin). Управлението на тази величина е изключително важно за мениджмънта, тъй като от нея *зависи* (в по-голяма степен, отколкото равнището на фиксираните разходи, както беше показано) управлението на бариерния обем, изборът и конкретното равнище на производство на отделните продукти от портфейла, а значи и финансовата стабилност на лечебното заведение. Видима представа за постигането на тази цел дава сравняването при различните варианти на минималното и очакваното равнище на дейност и при съответните равнища на приходите и разходите. Представянето на посочената в схемата базисна управленска информация в *сценарийни таблици*, които показват обобщените резултати на основните параметри на модела при избрани, най-вероятни сценарии на средата, дава възможност за аргументирани решения и оценка на другите страни на ефективността на лечебното заведение (линия 11 на фиг. 6).

*

Икономизирането на здравеопазването *няма друга алтернатива* и у нас то е в процес на активно прохождение. Не е възможна ефективна реформа на този отрасъл без използването на съвременен икономически инструментариум за анализ, оценка и управление на протичащите в него процеси. Допълнителен аргумент за това е и характерът на очакваната съвременна здравна реформа.

В този смисъл СVP-анализът е една от малкото възможности за рационализиране на управлението на лечебните дейности и на тази основа – за ефективното функциониране на здравната ни система. Надеждното използване на този анализ предполага в сравнително кратък период да бъдат решени комплекс от въпроси във връзка с: преодоляване на натрупаната инерция и резерви относно възможностите за използване на икономическата организация и икономическия анализ в такава социална система като здравната; повишаване на капацитета на управленския състав в отрасъла; засилване на анализаторската функция на звената, подпомагачи приемането на стратегически и оперативни решения в здравеопазването; използването на добри практики на прилагането на аналитичните процедури в управлението на здравеопазването в развитите страни и др.

4.II.2010 г.