

**Медицински Университет - София
Факултет по Обществено Здраве**

**Маркетинг на дейността „Медицински
патронаж в домашни условия“**

Ас. Антония Йорданова Янакиева

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

за присъждане на образователна и научна степен

„Доктор” Професионално направление

„Обществено здраве” шифър 7.4

Научна специалност: „Социална медицина и организация
на здравеопазването и фармацията”

Научен ръководител: Проф. д-р Стефан Гладилев, дм

София 2012

Съдържание

Въведение	1
1 Глава. Управление на „Медицинския патронаж в домашни условия“ и прилагане на маркетинга за усъвършенстването му (Литературен обзор)	3
1.1 Дейността „Медицински патронаж в домашни условия“	3
1.2 Законодателна нормативна рамка	7
1.2.1 Закон за лечебните заведения	7
1.2.2 Правилник за социално обслужване на лица и семейства	8
1.2.3 Домашен социален патронаж	9
1.2.4 Национална програма „Асистенти на хора с увреждания“	9
1.2.5 Осигуровка „Достойни старини“	11
1.3 Неправителствени организации	11
1.3.1 Програмата „Домашни грижи“ на Българския Червен Кръст	12
1.3.2 Международна неправителствена организация „Каритас“	13
1.3.3 Обобщение	14
1.4 Законодателна рамка в Република Германия за дейността „Медицински и социален патронаж в домашни условия“ (амбулаторни услуги)	14
1.4.1 Правни отношения между организация за амбулаторни грижи и здравните каси	16
1.4.2 Правни отношения между организация за амбулаторни грижи и каси за задължителна осигуровка за дългосрочни грижи	16
1.4.3 Правни отношения между организация за амбулаторни грижи и пациентите	17
1.4.4 Организация на амбулаторните грижи в рамките на здравното осигуряване	17
1.4.5 Организация на амбулаторните грижи в рамките на Закона за задължително осигуряване на дългосрочни грижи	18
1.5 Маркетинг и специфика на прилагането му при „Медицинския патронаж в домашни условия“	19
1.5.1 Понятието маркетинг	19
1.5.2 Маркетинг – мениджмънт	20
1.5.3 Стратегически маркетинг	22
1.5.4 Оперативен маркетинг	22
1.5.5 Маркетингово приложение	24
1.5.6 Понятието „услуга“	24
1.5.7 Маркетингови дефиниции за организация на „Медицински патронаж в домашни условия“	26
1.5.8 Маркетингови особености на „Медицинския патронаж в домашни условия“	27
2 Глава. Маркетинг на дейността „Медицински патронаж в домашни условия“	44
2.1 Планиране на процеса на грижите	44
2.2 Избор на персонал	46
2.3 Обгрижване	46
2.4 Документация и контрол на обгрижването	47

2.5	Администрация	48
2.6	Маркетингови инструменти	48
2.7	Продуктова политика	48
2.7.1	Продуктови-програми	49
2.7.2	Мениджмънт на оплакванията	58
2.7.3	Политика по обслужването	60
2.8	Дистрибуционна политика	61
2.8.1	Инструменти	62
2.9	Комуникационна политика	64
2.9.1	Основни аспекти и цели на комуникационната политика на организацията за „Медицински патронаж в домашни условия“	65
2.9.2	Инструменти на комуникационната политика	67
2.10	Ценова политика	77
3	Глава. Цел, задачи и методика на дисертационния труд	79
3.1	Цел и задачи на дисертационния труд	79
3.2	Проучване на пазара	80
3.2.1	Определяне на целите на изследването	80
3.2.2	Концепция на плана на изследването	81
3.2.3	Събиране на данни	83
3.2.4	Анализ на данните	83
4	Глава. Анализ на данните от проучването на лежащо болни пациенти	85
5	Глава. Анализ на данните от проучване на мнението на медицинските специалисти	98
6	Глава. Изводи	135
7	Глава. Препоръки	137
	Литература	CXXXVIII
	Приложение 1	CXLIV
	Приложение 2	CXLIX
	Приложение 3	CLVII

Въведение

Влошената национална икономическа среда поставя съвременното българско здравеопазване пред нуждата от нови стратегии за справяне с амплитудата на изразходвания ресурс и получения резултат. Здравно-демографското състояние на населението се е изменило през последните години, като наблюдаваните характеристики са застаряване на населението, хронична заболяемост и инвалидност, които са предпоставка за стремглаво увеличаване на разходите за лекуване и поддържане на здравното състояние на хората. Липсата и недостигът на подходящи здравни заведения за долекуване и постоянни грижи поставя предизвикателства пред българското здравеопазване. Проблемите, свързани с намаляване на медицинския пресонал (недостиг на медицински сестри, лекари, рехабилитатори и т.н.), особено в малките и отдалечени населени места, ограничава достъпа до медицинска помощ и качеството на здравните услуги на нуждаещите се в тези райони пациенти.

В съвременните условия на здравно-демографска и икономическа криза, съчетани с продължаваща реформа и неефективност на здравната система, се изостря необходимостта от въвеждането на алтернативни методи за задоволяване на здравните потребности на населението в страната. Такава алтернатива е услугата „медицински патронаж в домашни условия“. Тя ще осигури грижи с по-голяма достъпност и качество, както и по-високо качество на живот на голяма група от българската популация.

Адекватното полагане на грижи и тяхното обезпечаване за нуждаещите се хора представлява голямо предизвикателство за нашата обществена система. Последователното развитие на социалната и здравноосигурителната система е от съществена необходимост, т. к. в бъдеще ще нараства мястото на проблематиката във връзка с потребността от полагане на грижи в домашни условия. Едно сравнение на възрастовата структура на населението на Република България през последните десетилетия показва значителни различия. Заедно с относителното намаляване на младите хора прави впечатление значително нарастване на по-възрастните хора, особено на възрастовата група над 70 години. Такова развитие се нарича демографско застаряване. Изследвания сочат, че съществува висока корелация между относителната честота от потребност от грижи и възрастта. Въз основа на показаното демографско развитие необходимостта от грижи в бъдеще ще нараства.

Услугата „медицински патронаж в домашни условия“ представлява основни медицински грижи, грижи за болни, респ. за деца, за възрастни и стари хора и психиатрични грижи. Тя се извършва в домашна среда или на територията на пребиваването на болния. Дейността се делегира от съответния лекар – специалист, по негово предписание и под негово наблюдение.

В настоящата научна разработка се разглежда обстойно този въпрос, а именно посочва се важноста на проблема и необходимостта от дейността. На фона на това разработката допринася особено в маркетингов аспект. Маркетинговата концепция като обширна водеща философия предлага възможност за посрещане на растящите потребности на пазара от услугата „медицински патронаж в домашни условия“. Чрез основната идея, пациентът да бъде поставен в центъра като клиент, се създават първоначално рамковите условия за предоставянето на услугата. Разработени са важните особености, свързани с маркетинга и от значение за маркетинга на тази дейност, които, заедно с акцентирането на научните аспекти на основните целеви групи, както и проучванията, проведени сред 300 лежащо болни пациенти в болнични лечебни заведения в страната 400 специалисти, работещи в лечебни заведения в страната, представляват опорната точка на работата като необходима предпоставка за представяне на подходящи маркетингови инструменти.

Дисертационният труд представя маркетинговите инструменти и аспекти в дейността „медицински патронаж в домашни условия“ според потребностите на пациентите. Необходимостта от изработката на систематично изградени маркетингови концепции в тази сфера ясно се подчертава и дава импулси за по-нататъшни разработки и изследователска дейност.

1 Глава. Управление на „Медицинския патронаж в домашни условия“ и прилагане на маркетинга за усъвършенстването му (Литературен обзор)

1.1 Дейността „Медицински патронаж в домашни условия“

Процесът по осъществяване на дейността „Медицински патронаж в домашни условия“ се определя като система от характерни дейности от грижи за здравето на отделния човек, на семейството и/или на общността.¹ Това описание е прекалено абстрактно. По-подробно този процес се разглежда от авторите Fiechter и Meier. Те посочват, че процесът по осъществяване на дейността се състои от поредица логични, зависими една от друга стъпки на обмисляне, решаване и предприемане на действия, които са насочени към решаване на проблем или към определена цел, и включват в системата от правила и обратната връзка с пациента за постигнатите резултати чрез оценяване и адаптиране.² В процеса на дейността могат да се идентифицират шест съществени компонента:

- събиране на информация;
- разпознаване на проблеми и ресурси;
- поставяне на цели на дейността;
- определяне на мерки на дейността;
- провеждане на дейността;
- документация и мониторинг на дейността.³

Процесът на полагане на грижа в практиката се трансформира в концептуален модел или теория на грижата. Моделите на грижата подчертават определени мирогледни или отнесени към грижата представи как тя трябва да се извърши. Следователно те представят съгласуван (координиран, системен) мисловен модел.⁴

Описаният процес на дейността съзнателно не се вписва в един модел на грижата, тъй като той по същество представя общовалиден процес, независимо от идейните схващания.

На фиг. 1 е показана процесуалната структура на дейността „Медицински патронаж в домашни условия“. При практическата ѝ реализация обаче е допустимо припокриване или изменение на последователността.

¹ Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 28

² Fiechter, V. / Meier, M.: Pflegeplanung, Eine Anleitung für die Praxis, 10. Auflage, Fritzlär 1998, S. 19

³ Juchli, L.: Pflege – Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege, 7. Neubearbeitete Auflage, Stuttgart / New York 1994, S. 67ff

⁴ Orem, D. E.: Nursing Concepts of Practice, New York 1995

Фиг. 1. Процесуална структура на дейността „Медицински патронаж в домашни условия“. ⁵



Дейността „Медицински патронаж в домашни условия“ включва основни здравни грижи, допълнителни медицински услуги, домакинска работа и други. Те могат да включват съвкупност от услуги – за интензивно медицинско обслужване до грижи за онкоболни в домашна среда, включително в различни възможни комбинации.⁶

- Грижи за стари хора: под този термин са събрани медицинските грижи за стари и възрастни хора. Те включват здравни и болнични грижи, домашна и домакинска помощ, транспортни услуги, снабдяване с храна – пазаруване, готвене – топло или студено ястие, сервиране, помощ при хранене, снабдяване с различни материали, придружавачи услуги преди лягане и след събуждане и др., осигуряване на рехабилитатори, масажисти и други професионалисти при необходимост.
- Психиатрични грижи: В центъра на психиатричните грижи е индивидът. Главната задача е той да бъде преведен през процесите на адаптация, като се съхрани психичното, физическото и социалното равновесие. Психиатричните заболявания са съпроводени със социални увреждания,

⁵ Kruse M., Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 30

⁶ Между тях могат да бъдат предлагани топла храна, фризьор, козметик, грижи за домашни животни или растения в случай на хоспитализация, както и придружаване до лекар или за пазаруване.

вследствие на което хората живеят изолирани и не са в състояние да осъществяват жизненоважни контакти. Поради тази причина в основата на методите за лечение на психиатричните заболявания са положени процесите на общуване с реалния свят. Планирането на действията, свързани с психиатричните грижи, се ориентира към ресурсите и проблемите на пациентите, което означава, че се прилага индивидуален подход към всеки индивид.⁷ Основна цел е осигуряването на достоен, самостоятелен живот, в контекста на обичайния живот. Чрез тези услуги се гарантира социалната интеграция, работата с близките на пациента, които подпомагат неговата терапия. Възможно е да се избегне настаняване в лечебно заведение като се предлагат гъвкави според потребностите на индивида. Индивидуализираният подход, според конкретните потребности на индивида чрез „Медицински патронаж в домашни условия“, преодолява натоварващата за пациентите смяна на психиатрични услуги в стационарни условия. Друга основна задача е да се осигури връзка между центровете за консултация, клиники, кинезитерапия и рехабилитация, лекари, терапевти, домове за наблюдение и други социални дейности и услуги. Периодичността на посещенията се ориентира към реалните нужди на пациента и може да варира от многократно ежедневно до веднъж месечно.

Целите на дейността „Медицински патронаж в домашни условия“ са:

- Поддържане на домашна среда чрез медицински, социални и персонални услуги, за да се осъществи лечението на територията на собственото жилище.
- Подобряване, респективно поддържане на здравното състояние на пациента, чрез активни медицински грижи в дома.
- Избягване или съкращаване на болничния, респективно стационарен, престой на пациента.
- Пациентът усвоява способността да решава проблемите си самостоятелно, както и да преодолява задълженията си в живота, т.е. да премине от стационарния начин на живот в болнични условия към нормален начин на живот в домашни условия.
- Грижата за пациентите включва лекарско (първично и специализирано) наблюдение и грижи, професионална сестринска грижа и обслужване, квалифицирано и контролирано санитарно и болногледаческо обгрижване, медицинска и социална рехабилитация, консултация с лекар-специалист и работа с духовно лице, при необходимост и др.

Дейностите и услугите, които се осъществяват от „Медицинския патронаж в домашни условия“ могат да се групират в следните области:

⁷ <http://www.bapp.info/bapp.htm>

- Цялостна грижа за болния: денонощно медицинско наблюдение, тоалет, манипулации и т.н.
- Индивидуална диета (лечебно, сондово хранене) и други, предвид вида и стадия на заболяването.
- Лекарски контрол на болката; разработва се индивидуален план на обезболяване от анестезиолог.⁸ Правилното и контролирано управление на болката гарантира по доброто качество на живот.
- Контрол на симптоми, съпътстващи заболяването.
- Осигуряване на технически помощни средства.
- Психолог за пациента и неговите близки.
- Изготвяне на индивидуална рехабилитационна програма.
- Провеждане на рехабилитационни процедури – масажи, раздвижване, обучение в дейности от ежедневието и др.
- Провеждане на физиотерапевтични процедури – електролечение, светлолечение, облекчаване на болката с методи от нетрадиционната медицина и др.
- Изпълнение на назначена медикаментозна терапия.
- Денонощно специализирано наблюдение.
- Денонощно обгрижване.
- Хранене - кетъринг, индивидуално и диетично, в зависимост от придружаващите заболявания, меню по избор на пациента.
- Система за сигнализиране при спешна нужда от помощ, независимо къде се намира нуждаещият се индивид.
- Възможност за своевременно извършване на специализирана консултация.
- Възможност за извършване на специализирани изследвания и диагностични процедури.
- Подготовката на документи за ТЕЛК, НЕЛК и гарантиране на права като лице с увреждания – административно-правни и други услуги.
- Квалифицирани грижи на тежко болни и болни в терминално състояние.
- Обучение на болните и техните семейства.
- Емоционална, социална и духовна подкрепа на болните и техните близки.
- Лична хигиена.

⁸ Обезболяването не е упоаване.

- Осигуряване на мултифункционални легла със специални антидекубитални матраци, съобразени с ръста, теглото и с физиологичните форми на тялото.
- Манипулации - подкожни, мускулни и венозни инжекции, венозни инфузии, превръзки, катетеризация.
- Гледане на болни след изписване от болница или при отказ от прием в болница.

Грижите за болни в домашни условия поставят сериозни предизвикателства пред близките не само поради факта, че нямат нужната квалификация, но и поради липсата на възможност да отсъстват от трудовия процес за по-дълги периоди. Потенциалните потребители имат ежедневни нужди, породени от обективни здравни потребности. Потребността е обективната или субективна вътрешна необходимост за удовлетворяване на физиологична или психологична нужда. Тя може да бъде материална и/или духовна. Пациентите, нуждаещи се от „Медицински патронаж в домашни условия“ имат още рехабилитационни, хигиенни, трудови и други потребности. Пациенти, преживяли инсулт, в следоперативно състояние, онкологично болни, с посттравматични състояния се нуждаят от извънболнични грижи в дома. Други потенциални потребители са пациентите с уточнени хронични заболявания като деменция, диабет, сърдечно-съдови заболявания, бъбречно и чернодробно болни и др.

Специалистите, подходящи за извършване на дейността „медицински патронаж в домашни условия“, трябва да имат специализирани познания, умения и поведение, както и желание за предоставяне на цялостна, координирана и състрадателна грижа на всички лица с напреднал стадий на заболяване, включително емоционална подкрепа на семействата им. Те трябва да притежават определени качества като отговорност, зачитане и уважение, готовност за участие в процеса на обгрижването, съпричастност, прозрачност и диалогичност.

1.2 Законодателна нормативна рамка

Дейността „Медицински патронаж в домашни условия“ не е регламентирана и регулирана в конкретен закон или нормативен документ. Съществуват различни закони, като всеки от тях регламентира и регулира само някаква част от тази дейност.

1.2.1 Закон за лечебните заведения

Законът за лечебните заведения урежда устройството и дейността на лечебните заведения в Република България.⁹ В Глава пета, чл. 26, т. 3 законът дава право на център за психично здраве в качеството си на лечебно заведение да

⁹ ЗЛЗ, чл. 1

извършва и домашен патронаж на лица с психични разстройства. По-нататък законът дефинира понятията „Дом за медико-социални грижи” и „Хоспис”. Според чл. 27, т. 1, „Дом за медико-социални грижи” е лечебно заведение, в което медицински и други специалисти осъществяват продължително медицинско наблюдение и специфични грижи за лица от различни възрастови групи с хронични заболявания, специфични грижи по домовете на лица с хронични инвалидизиращи заболявания и медико-социални проблеми. Според чл. 28 „Хоспис” е лечебно заведение, в което медицински и други специалисти осъществяват палиативни грижи за терминално болни пациенти.

1.2.2 Правилник за социално обслужване на лица и семейства

Правилникът за социално обслужване на лица и семейства определя формите, условията и реда за обслужване на социално слаби лица и семейства.¹⁰ Според установените потребности на населението в даден регион, Регионалният център за социални грижи предлага на Общинския народен съвет откриване на отделни или комбинирани форми на социално обслужване. Една от тези форми е „Домашен социален патронаж”. Това е форма на обслужване по домовете на лица над 65-годишна възраст и инвалиди от първа и втора група, които са затруднени самостоятелно или с помощта на близки да организират своя бит. Приемане на един член от семейството на стари хора се допуска по изключение. Т. 2 регламентира предимството при приемане в патронажа. Това важи за лица над 75-годишна възраст, самотните и лицата с доходи до размера на социалната пенсия. Домашен социален патронаж се открива при наличие на 30 кандидати.¹¹

Домашният социален патронаж осигурява доставяне на храна, наблюдение на здравното състояние и съдействие за получаване на медицинска помощ, поддържане на хигиената в дома, снабдяване с отоплителни материали, дребни ремонти на жилището и битовата техника, постелъчен инвентар, облекло и обувки по действащите нормативи на пансионите за стари хора за лицата, които не разполагат със собствени средства, нямат достъп до развлечения и занимания, възможност за покупка на хранителни продукти и други стоки от първа необходимост със собствени средства, на административни, финансови и правни услуги. Лицата, които не са включени в патронажа, могат да ползват услугите по ценоразпис.¹²

При необходимост към патронажите може да се обособяват филиали с не по-малко от 5 обслужвани лица. В тези случаи на заетите в обслужването по договор се осигурява необходимото кухненско оборудване, снабдяването с хранителни продукти и заплащането на комуналните разходи, по норматив. Към домашния социален патронаж могат да се откриват микродомове. Настанените в

¹⁰ ПСОЛС, чл. 1

¹¹ ПСОЛС, чл. 4

¹² ПСОЛС, чл. 5

тях ползват услугите срещу такса по тарифата на заведенията за социални грижи.

13

1.2.3 Домашен социален патронаж

Част от социалните услуги на общините са предмет на дейност на Заведенията за социални услуги, в която се включва и услугата „Домашен социален патронаж“. Нейното начало е поставено през 1975 г. Официалното наименование на тази дейност е било „Система за обслужване на стари хора по жилищата им“ с капацитет 40 места. Целта е била задоволяване на здравни нужди. По-късно акцентът на дейността се измества към социалните услуги. Съобразявайки се с индивидуалния подход за удовлетворяване на нуждите на потребителите, „Домашният социален патронаж“ предлага 16 варианта на хранене и следните социални услуги:

- почистване на стаята, която обитава обслужваното лице;
- помощ при поддържане на лична хигиена;
- битови услуги;
- съдействие за осигуряване на помощни средства, приспособления и съоръжения за облекчаване и компенсиране на уврежданията по ЗИХУ¹⁴ и ППЗИХУ¹⁵;
- оказване на административни услуги.

Организирането на излети, екскурзии, доставка на книги по домовете и други развлечения са част от културотерапията, която предлага патронажът. За получените услуги се заплаща месечна такса, съгласно Тарифата за конкретните размери на местните такси. Екипът на „Домашния социален патронаж“ включва социални работници, инструктор по хранене, домакин, касиер, снабдител, готвачи, работник кухня, разносвачи на храна, шофьори, хигиенисти, общи работници.¹⁶

1.2.4 Национална програма „Асистенти на хора с увреждания“¹⁷

Националната програма „Асистенти на хора с увреждания“ (НП „АХУ“) е стартирана през 2003 г. с дейност „Личен асистент“. Програмата осигурява качествена грижа в семейна среда за тежко болни хора и лица с увреждания, както и постигане на социална адаптивност в рамките на съществуващата инвалидност. Потребителите на дейността „Социален асистент“ ползват социални услуги по тази дейност в рамките на определени времеви лимити. Включването в Програмата като потребители може да се извършва само по отношение лицата,

¹³ ПСОЛС, чл. 6

¹⁴ Закон за интеграция на хората с увреждания

¹⁵ Правилник за прилагане на закона за интеграция на хората с увреждания

¹⁶ <http://www.blgmun.com/bg/cms/content/266>

¹⁷ http://www.az.government.bg/Projects/Prog/AHU/Frame_AHU.htm

които не ползват социални услуги от типа „Личен асистент” или „Социален асистент”, предоставяни от други организации, фирми или донорски програми.

Програмата е съобразена с принципите на Националната стратегия за равни възможности за хората с увреждания, принципите на деинституционализация, европейските практики и с принципите на политиката по заетостта на Европейския съюз. Дейността „Личен асистент” се финансира от Държавния бюджет. Дейността „Социален асистент” се реализира на принципа на съфинансиране на три нива: Държавен бюджет, Общински бюджет и потребителски такси.

Предоставяните услуги по дейността „Социален асистент” са:

1. Доставка и/или приготвяне на храна, помощ при хранене.
 2. Пазаруване – снабдяване на нуждаещите се с ежедневно необходимите продукти и лекарства.
 3. Помощ при поддържане на личната хигиена – подпомагане при обличане, къпане, ресане, настаняване в инвалидна количка.
 4. Помощ при вземането на лекарства, предписани от лекар, измерване на кръвно налягане, придружаване до личен лекар, при настаняване в болница и други.
 5. Извършване на плащания – за електричество, вода, местни и централни данъци и такси и др.
 6. Административна помощ – съдействие за изготвяне на необходимите документи при явяване на ТЕЛК/ДЕЛК, попълване и подаване на необходимите формуляри като данъчни декларации, молби за получаване на помощи от службите за социално подпомагане или до други административни звена и учреждения; съдействие при получаване на медицински изделия и/или помощни средства, приспособления и съоръжения.
 7. Придружаване на обслужваните лица извън домовете им – придружаване извън дома, до учебно заведение, на кино, театър, гости и други.
 8. Помощ в общуването и поддържането на социални контакти – организиране на развлечения и занимания в дома и извън него, четене на книги и вестници.
 9. Предоставяне на лични помощници за деца с увреждания, които да се грижат за отиването им на училище и заниманията им по домовете в извънучебно време.
 10. Помощ на лице с увреждане, изведено от специализирана институция и на членовете на неговото семейство.
 11. Поддържане на хигиената в жилищните помещения, обитавани от обслужваното лице – текущо и основно почистване.
-

12. Други сезонни и/или специфични, съобразно индивидуалните потребности на лицата, услуги (палене на печка, цепене и внасяне на дърва, почистване на сняг и други).

Очакваните резултати от Програмата са:

- подобряване качеството на живот на хора с увреждания и на тежко болни самотни хора чрез гарантиране на достъпа им до социални услуги;
- намаляване броя на лицата с увреждания в специализираните институции и създаване на условия за тяхното социално включване;
- осигуряване на социална интеграция и възможности за повишаване на пригодността за заетост, чрез включване в дейности, водещи до повишаване на уменията и квалификацията, както и включване в обучение за придобиване на знания и умения за предоставяне на услуги по дейността „Социален асистент“;
- подобрено качество на предоставяните социални услуги в общността;
- осигуряване на заетост с всички права и задължения по Кодекса на труда;
- придобиване на осигурителни права за бъдещ период (пенсии и др.);
- развитие на дейностите, свързани със социалното обслужване на населението.

Националната програма „Асистенти на хора с увреждания“ е със срок на действие до 31.12.2011 г., като на основа на мониторинга и оценката по изпълнение на Програмата може да се предложи продължаване срока на нейното действие.

1.2.5 Осигуровка „Достойни старини“

Въвеждането на осигуровка “Достойни старини” е била сред първоначалните предложения за пенсионна реформа от 2010 г. в размер на 1% от получаваното възнаграждение. Идеята е с приходите от нея да се покрива издръжката на болни и самотни възрастни хора, като допълнителните отчисления се събират в отделен фонд към Националния осигурителен институт (НОИ).

Поради повишаването на осигурителната тежест, идеята среща отпор и не е приета. През 2011 г. въвеждането ѝ е записано в плана за действие за равнопоставеност между половете.

1.3 Неправителствени организации

Неправителствените организации изпълняват ключова роля в осъществяването на принципите за демократично участие. Характерен белег, определящ облика на тези организации е тяхната независимост от държавния и от други обществени сектори. Освен независимост, неправителствените

организации притежават разнообразен и ценен опит в области, осигуряващи устойчиво социално развитие на обществото.

1.3.1 Програмата „Домашни грижи“ на Българския Червен Кръст

Българският Червен Кръст въвежда програмата „Домашни грижи“ като интегриран модел за предоставяне на здравни грижи и социални услуги в дома на възрастни, хронично-болни и лица с увреждания. Този модел е базиран на опита на швейцарската асоциация „Шпитекс“ и е успешно адаптиран към условията в България. Центърът за домашни грижи анализира и оценява потребностите на пациентите, провежда обучение на персонала, предоставя услугите и мониторира тяхното качество.¹⁸

По своята същност услугата „Домашни грижи“ в помощ за възрастни, хронично-болни и лица с трайни увреждания е свързана с преодоляване на затрудненията от здравен характер и подобряване на техния психологически, социален и здравен статус. Тя включва както медицински грижи (смяна на превръзки, следене на физиологичните показатели на пациента, контрол върху правилното и редовно приемане на медикаменти), така и социални услуги, подпомагащи пациентите при справяне с ежедневни дейности от бита (поддържане на хигиената в дома, хигиена на тялото, хранене, пазаруване, придружаване при консултативни прегледи и лабораторни изследвания или разходки) и др. Услугите се предоставят директно в дома на пациента, след извършване на индивидуална оценка на нуждите на всеки един от тях и при стриктно спазване на критерии за качество, разписани в Програмата „Домашни грижи“. Особено внимание се отделя за стимулиране на капацитета на пациентите за самопомощ и обучението им в някои специфични техники. Персоналът на централите „Домашни грижи“ предоставя обучение и на членовете на семейството на пациентите - как да се грижат за своите близки. Към всеки Център „Домашни грижи“ има изградени екипи от доброволци, които, след преминаване на специално обучение, активно се включват и подпомагат дейността по оказване на грижи за възрастни хора. Задължително изискване към служителите в централите „Домашни грижи“ е успешно завършен обучителен курс за оказване на грижи в дома. БЧК има лицензирана програма за професионално обучение в НАПОО¹⁹ - „Социални услуги за деца и възрастни с хронични заболявания, с физически и сензорни увреждания“, включваща два модула: „Домашен помощник, болногледач и санитар“ и „Социален асистент“. Обучителните програми са разработени на базата на швейцарския опит, съобразени са с европейските изисквания и са адаптирани към условията в България. Обучението се провежда от преподаватели на Факултета по обществено здраве към Медицинския университет - София и от членове на

¹⁸ БЧК

¹⁹ Национална Агенция за Професионално Образование и Обучение

Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи, обучени за нуждите на тези курсове.²⁰

Центрове за „Домашни грижи” са открити през 2005 - 2006 г. в Пловдив, Благоевград и Монтана с подкрепата на Италианския Червен кръст, както и в Ловеч и Варна с подкрепата на Германския Червен кръст. През 2010 г. са открити още два Центъра за домашни грижи в Смолян и Добрич, като услугите са насочени предимно към възрастни хора, останали сами в резултата на миграция на своите близки. Тези два центъра се финансират от Фондация Уникредит. За 2010 г. пациентите над 65-годишна възраст са 440 и са обслужвани от 8-те центъра „Домашни грижи”.²¹

1.3.2 Международна неправителствена организация „Каритас“

Най-голямата благотворителна католическа организация в света и втората по големина милосърдна организация след Червения кръст е „Каритас“.

„Каритас“ (на латински: Caritas, милосърдие) е благотворителна, неполитическа, независима обществена организация, която е в тясно взаимодействие с Католическата църква. Основана е през 1897 г. във Фрайбург и развива своята дейност навсякъде по света. Колективно и индивидуално нейната мисия е да работи за изграждането на един по-добър свят, особено за бедните и потиснатите.

В международната федерация „Каритас Интернационалис“ членуват 162 национални организации, въпреки че организацията помага на нуждаещите се и в държави, където липсват структури на „Каритас“. Всяка година организацията помага на над 24 000 000 души.

С решение на Епископската конференция на Католическата църква Каритас България е създадена през 1993 г. Организацията е пълноправен член на световното семейство „Каритас Интернационалис“. Това е федерация на независими епархийски католически организации. Каритас България е нестопанска организация, сдружение в обществена полза и осъществява социалната си дейност в подкрепа на уязвими обществени групи чрез своите структури и сътрудници в различни населени места на страната.

Вече десета година Каритас България реализира програмата „Домашни грижи”. Дейността започва през 2002 г. с отварянето на първия пилотен център в гр. Русе. Днес функционират 6 центъра за домашни грижи в градовете Русе, Белене, Раковски, Малко Търново, София и в с. Житница.

Домашните грижи се оказват от мобилни екипи на амбулаторни служби. Медицинските услуги, които Каритас България поема, са: поставяне на инжекции, вземане на кръв/урина/секрет за изследване, смяна на превръзка/грижа

²⁰ БЧК

²¹ БЧК

за рана, профилактика/обработка на декубитална рана, измерване на кръвно налягане и други.

Социалните услуги включват: частичен тоалет на тялото, смяна на уринаторна торба/на памперс, къпане, двигателни и раздвижващи упражнения, помощ при обличане/преобличане, помощ при хранене, придружаване при посещение на лекар с включен транспорт, разходки/съпровождане, социални контакти, почистване, пране, пазаруване и др.

Целта на програмата е да даде адекватен отговор на нуждите на лицата в третата възраст, отчитайки сериозните им здравни проблеми, породени от старост или сериозни хронични заболявания, изискващи специализирани грижи и наблюдение. Организацията оказва също така помощ на деца и младежи, хора, зависими от психо-активни вещества, самотни майки, бежанци и пострадали от бедствия.

1.3.3 Обобщение

Въпреки съществуващата правна уредба, правилници, организации и програми за удовлетворяване на здравните потребности на населението с услуги като домашен патронаж – медицински и социален, капацитетът на действащите в момента институции и организации е недостатъчен за обхващане на голямата група от нуждаещи се лица. Дейностите са и недофинансирани, и недостатъчни. Финансирането на отделни програми не е устойчиво и дългосрочно решение на проблема с потребностите на тези лица. Много повече внимание следва да се обърне на въвеждането на специализирано звено за домашни грижи и по-специално за „Медицински патронаж в домашни условия“. Недостатъчността на услугите в момента се изразява в непълното покритие от действащите организации и актуалните програми. На територията на страната има големи групи лица, които нямат достъп до тази услуга.

1.4 Законодателна рамка в Република Германия за дейността „Медицински и социален патронаж в домашни условия“ (амбулаторни услуги)

Социалната система в Република Германия обхваща социалната и здравната задължителна осигурителна система на населението. Тя включва задължителното пенсионно осигуряване, задължителното здравно осигуряване, задължителната осигуровка „Злополука“, фонд „Безработица“ и задължителна осигуровка за дългосрочни грижи ²².

²² Pflegeversicherung

Съгласно § 71 от Закона за осигуряване за грижи (КСО²³ Том XI) „... амбулаторните институции за грижи са самостоятелно действащи икономически институции, които полагат грижи и обезпечават нуждаещи се домакинства”.

Минималните изисквания за персонала могат да се разделят на две области: качествени и количествени минимални изисквания. Относно качествените минимални изисквания е задължително ръководният специалист по обгрижване да притежава квалификация на медицинска сестра/болногледач или детска медицинска сестра/болногледач. Освен това той трябва да има професионален опит. Представителното ръководство на такава организация трябва да има същата квалификация като ръководният специалист по грижи. Изискванията за квалификация, които трябва да са изпълнени в рамките на лицензирането съгласно правилата на § 72 на КСО Том XI, се уреждат от директивите на § 80 на КСО Том XI.

Количествено минималният персонал на разположение, необходим за функциониране на организация за амбулаторни грижи, се определя в рамковия договор, съгласно § 132, § 132а, абз. 2 на КСО Том V, както следва: предпоставката за сключване на договор е наличието на четири работни места на пълно работно време, от които до две работни места могат да бъдат заменени със заети на непълно работно време. В рамките на това минимално изискване три работни места трябва да са заети от персонал с 3-годишно обучение.

Организационните предпоставки за изпълнението на дейността се отнасят до поредица от изисквания към структурата и нейните служители. По-долу са изброени отделните точки:

- полица за сключена застраховка „Професионална отговорност” (застраховка за отговорност, която евентуално покрива претенции от пациенти за възстановяване на щети);
- регистрация съобразно изискванията за законовата застраховка ”Злополука”;
- обява за заявяване на дейност при компетентните служби;
- разположение през деня и нощта, също и през празничните и почивните дни;
- организация на задължителна за изпълнителите документация относно пациентите, в съответствие с разпоредбите за защита на личните данни;
- самостоятелна телефонна връзка с телефонен секретар или възможност за превключване.

Към организационните предпоставки се включват и наличните консумативи:

- куфар/чанта с консумативи, вкл. апарат за кръвно налягане, термометър, стерилни пинсети, ножици, дезинфекционен разтвор, средство за дезинфекция на ръце, стерилни ръкавици;
- уред за измерване на кръвна захар;
- газова тръба, тръба за клизма.

²³ Кодекс за социално осигуряване

Описаните точки дават най-обща представа за важните минимални изисквания, на които една организация за патронаж трябва да отговаря.

1.4.1 Правни отношения между организация за амбулаторни грижи и здравните каси

§ 132, § 132а на КСО Том V „Отношения към други доставчици на услуги” уреждат договорните отношения между организациите за амбулаторни грижи и здравните каси. § 132, абз. 1 на КСО Том V определя: „За гарантиране на домашната помощ здравната каса може да назначи подходящи лица. Когато здравната каса ангажира за това други лица, институции или организации, тя трябва да сключи договори за съдържанието, обема, заплащането, както и да провери качеството и рентабилността на услугите.”

Рамковите договорености уреждат следните елементи:

1. Съдържанието на домашната медицинска грижа, вкл. нейното разграничаване.
2. Пригодност на доставчиците на услуги.
3. Мерки за гарантиране на качеството.
4. Съдържание и обем на сътрудничеството на доставчиците на услуги със съответния лекар по договор и с болницата.
5. Принципи на рентабилността на доставчиците на услуги, вкл. техния контрол.
6. Принципи и структура на заплащане.

Според § 132а, абз. 2 на КСО Том V, болниците сключват договори съгласно тези принципи с амбулаторните служби за полагане на грижи, които договори уреждат подробностите по осигуряването с домашна медицинска грижа, както и цените.

1.4.2 Правни отношения между организация за амбулаторни грижи и каси за задължителна осигуровка за дългосрочни грижи

Касите за задължителна осигуровка за дългосрочни грижи в рамките на своето задължение за обслужване, гарантират според потребностите равномерно, съответстващо на общопризнатото ниво на познанията за медицинските грижи обслужване на осигурените лица (поръчение за гаранция). За целта те сключват договори за осигуряване и споразумения за заплащане на полагащите се грижи с финансиращите институции (§71, КСО Том XI) и доставчиците на услуги.

Договорните отношения между организациите за амбулаторни грижи и касите за полагане на грижите се уреждат основно чрез следните три документа:

- Договор за осигуряване, съгласно § 72 на КСО Том XI: определени са видът, номенклатурата и обемът на общите услуги по полагане на грижи.
- Рамковият договор, съгласно § 75 на КСО Том XI, с който се уреждат:

- 1) номенклатурата на услугите за грижи, както и разграничаването при стационарната грижа между общите услуги по обгрижването, услугите при осигуряване на храна и подслон и други допустими услуги;
 - 2) общите условия за оказване на грижата, вкл. на поемане на разходите, изчисляването на възнагражденията и необходимите за това документи и доклади;
 - 3) критериите и принципите за възмездяване на разходите на институцията за рентабилно и съотнесено към обгрижването осигуряване;
 - 4) проверка на необходимостта и продължителността на грижата;
 - 5) отстъпка от заплащане на грижата при временно отсъствие от дома (престой в болница, отпусък) на нуждаещия се от грижа;
 - 6) принципите на действие и проверка на рентабилността, вкл. разпределението на разходите;
 - 7) принципи за определяне на местните и регионалните територии на организациите за грижи относно предлагане на услуги без дълго чакане и по възможност близо до дома на нуждаещия се.
- Споразумения за заплащане, съгласно § 89 на КСО Том XI, в които се разписват принципите на заплащането на услугите. Заплащането на услугите трябва да дава възможност на една организация за грижи да сключва Договор за осигуряване и със стопанското ръководство на предприятие; не се допуска диференциране на стойността на разходите при различни предприятия.

1.4.3 Правни отношения между организация за амбулаторни грижи и пациентите

Правните отношения между страните се уреждат с договор. Услугите, оказвани извън лицензирания пакет, заплащан по каса, се покриват от осигурителя. Пациентът има право на информация от лекаря, назначил съответните процедури.

1.4.4 Организация на амбулаторните грижи в рамките на здравното осигуряване

Домашната медицинска грижа е въведена като допълнителна услуга и се урежда в § 37 КСО Том V на Закона за здравната реформа. Тя е включена в пакета на болничното лечение. Грижата трябва да бъде насочена към същите цели, както и съпътстващото амбулаторно лекарско обслужване като лечение, подобряване, излекуване или предотвратяване на усложнения на болестта. Осигурените лица получават лекарско обслужване и домашна медицинска грижа съгласно § 37, абз. 1 на КСО Том V, определени като-регулирана услуга, на която осигуреният има право.

За да могат да се получават услуги по този ред, трябва да са изпълнени определени условия:

- 1) Предложено е болнично лечение, но то не е изпълнимо.
- 2) Домашната медицинска грижа предотвратява постъпването в болница.
- 3) Домашната медицинска грижа съкращава престоя в болница.

Получаването на услугата, по принцип с продължителност до четири седмици, включва необходимите основни и терапевтични грижи, както и осигуряване на домакинството.

1.4.5 Организация на амбулаторните грижи в рамките на Закона за задължително осигуряване на дългосрочни грижи

По Закона за осигуряване на дългосрочни грижи се сключват осигуровки за покриване на риска при болест, злополука, безработица и осигуряване при старост и като такъв се описва като „пети стълб“ на социалното осигуряване в Германия.

Синтезирано представените основни разпоредби на този Закон са, както следва:

- 1) Финансиращи институции и осигуряване на грижата: Финансиращите институции на социалното осигуряване са касите за осигуряване на грижи. Задължението за вноски е в съответствие с правото на вноски за задължително здравно осигуряване. Средствата за осигуряването за дългосрочни грижи се покриват от вноски, както и от други приходи.
- 2) Общи предписания: Правото на личен избор за оказване на амбулаторни грижи се свързва с воденето на възможно най-самостоятелен индивидуален начин на живот. Осигуреният обаче се задължава със своя начин на живот активно и съзнателно да съдейства за недопускане на необходимост от болнично лечение и рехабилитация, в което касата го подпомага с разяснения и консултации. В това отношение превенцията и мерките по рехабилитацията са насочени към недопускане на възникване на потребност от амбулаторни и/или болнични грижи. Като предимство се определя оказването на частично стационарни услуги и на услуги по краткосрочна грижа по отношение на изцяло стационарните услуги.
- 3) Понятието „Нуждаещ се от грижи“, според § 14 на КСО Том XI, включва:
 - a. (1) Нуждаещи се от грижи по смисъла на този Кодекс са лица, които поради физическа, душевна или психическа болест или увреждане се нуждаят от помощ в значителна или по-висока степен от обичайните или повтарящите се дейности в процеса на ежедневния живот с продължителност от най-малко 6 месеца.
 - b. (2) Болести или увреждания по смисъла на абз. 1 са:
 - a. загуби, парализа или други нарушения на функции на опорно-двигателния апарат;
 - b. нарушения на функции на вътрешните или на сетивните органи;

- c. нарушения на централната нервна система, като нарушения на движението, паметта или ориентирането, както и ендогенните психози, неврози или душевни страдания.
- d. Степени на грижата: Посочва се степента на необходимост от грижа на отделното лице. § 15 от КСО Том XI определя три степени на необходимост от грижа:
 - степен I: Нуждаещи се от грижи степен I са лица, които имат нужда от грижи за тялото, хранене или движение минимум веднъж дневно и допълнително няколко пъти в седмицата.
 - степен II: Нуждаещи се от грижи степен II (нуждаещи се от големи грижи) са лица, които имат нужда от помощ при грижите за тялото, храненето или движението най-малко три пъти дневно по различно време на деня и допълнително няколко пъти в седмицата.
 - степен III. Нуждаещи се от грижи степен III (нуждаещи се от най-големи грижи) са лица, които имат нужда от помощ при грижите за тялото, храненето или движението най-малко три пъти дневно по различно време на деня и допълнително няколко пъти в седмицата.

1.5 Маркетинг и специфика на прилагането му при „Медицинския патронаж в домашни условия“

1.5.1 Понятието маркетинг

Понятието маркетинг се дефинира в научната литература разнообразно и сложно.²⁴ Ако през 50-те години на миналия век по този начин са били поставяни дейностите по дистрибуция и продажба, въз основа на променените условия, днес картината е коренно променена. Понятието маркетинг първоначално е било сравнявано с понятието за продажба. По-нататъшните наблюдения показват обаче, че модерното разбиране на понятието излиза далеч извън тези рамки.

Днес маркетингът се дешифрира като философия на бизнеса, която подчинява производството само на онези стоки, които могат да се продадат на пазара.²⁵

В класическата интерпретация маркетинг означава „планиране, координиране и контрол на всички дейности на организацията, насочени към настоящите и потенциалните пазари. Целите на компанията трябва да се реализират чрез трайно задоволяване на потребностите на клиентите.”²⁶ Тук авторът посочва осем основни фактора, оказващи съществено влияние в маркетинга: философия, поведение, информираност, стратегия, действие, сегментиране, координация и социален аспект.

²⁴ За сравнение Kotler, Disch, Meffert, Nieschlag и т.н.

²⁵ Съвременното общество е общество в изобилие.

²⁶ Meffert, H.: Marketing Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele; Wiesbaden 1998, S. 7

Една по-широка интерпретация на понятието маркетинг дава Kotler. Той дефинира маркетинга като „социален процес, при който индивидът и групата имат право на избор, от какво се нуждаят и на каква стойност искат да създадат, предложат и свободно да разменят стоки и услуги с други хора”.²⁷

Отличителната черта на тази дефиниция е, че тя съдържа всякакви варианти на размяната.

1.5.2 Маркетинг – мениджмънт

Маркетинг - мениджмънтът обединява отделните елементи на маркетинга, целенасочено и систематизирано. Това е „процес на планиране и провеждане на разработка, остойностяване, подпомагане и разпространяване на идеи, стоки и услуги, за да се доведат процесите на обмен до реализиране на индивидуалните и организационните цели“.²⁸

1.5.2.1 Маркетингова информация

В началния етап на маркетинг – мениджмънта на базата на анализ се идентифицират отделните проблеми, които имат влияние върху връзките (отношенията) между организацията и заобикалящата го среда. В рамките на ситуационен анализ се различават анализ на околната среда и анализ на организацията.²⁹

При анализа на околната среда се вземат под внимание всички релевантни данни от нея. От една страна се събира и обработва обща информация (напр., за икономическите, технологичните, правно-политическите фактори) и от друга страна - данни за актуалната ситуация на пазара (клиенти, конкуренти и т.н.). Анализът на организацията идентифицира силните и слабите страни на компанията и по този начин формира ключовите фактори, чрез които целенасочено да се използват възможностите³⁰ на пазара.³¹

За изграждане на координирана пазарна програма особено необходим е точен анализ и сведения за предпочитанията на клиентите. Задачата на пазарното и маркетинговото проучване е получаването на тази информация.

Сравнителният анализ на организацията и конкурентите представлява Benchmarking-a. Benchmarking е сравняването на продукти, услуги, стратегии, процеси, разходи и методи с конкурентите на пазара. Целта е да се запълнят празнотите на процесите и да се установи кои и какви са разликите в тях, защо съществуват тези разлики и кои възможности за подобряване следва да се

²⁷ Kotler, P.: Marketing Management, The Millenium Edition, New Jersey 2000, S. 8

²⁸ Kotler, P. / Bliemel, F.: Marketing – Management Analyse, Planung, Umsetzung und Steuerung, 9. Auflage, Stuttgart 1999, S. 17

²⁹ Kotler, P. / Armstrong, G.: Grundlagen des Marketings, 4. Auflage, Stuttgart 2010

³⁰ В литературата възможност се среща и като шанс.

³¹ Kotler, P. / Armstrong, G.: Grundlagen des Marketings, 4. Auflage, Stuttgart 2010

възприемат и внедрят в полза на собствената организация, след ориентиране към подходите и методите на най-добрите.³²

1.5.2.2 Маркетингови цели

Целите могат да се разбират като състояния или стойности, към които се стреми дадена организация в рамките на своята дейност. Определянето на целите по правило е процес, при който целите на маркетинга произтичат от считаните за важни цели на организацията.

Със задачата за формулирането на съдържанието на целите се отговаря на въпроса - кои критерии са подходящи, за да се опишат и оценят резултатите от дейността. При грубо разделение се идентифицират два вида цели на маркетинга:

- 1) икономически цели на маркетинга и
- 2) неикономически цели на маркетинга.

Икономическите цели на маркетинга се отнасят до целите за печалба. Към тях се отнасят, например, такива величини като оборот, продажби, рентабилност и др.

Неикономическите цели на маркетинга обратно се отнасят преобладаващо до психичните процеси на потребителите. Те се отнасят до когнитивни (познавателни), афективни (емоционални) и конативни (волеви) реакции на индивидите. Примери за това са популярност за продукта, удовлетвореност на клиента, подобряване на имиджа и т.н.³³

Измерването на целите дава желаното съдържание на целта. Може да се направи разлика между екстремално (максимално или минимално) измерение и задоволително измерение на съдържанието на целта.³⁴

По отношение на връзките на целите се различават три форми: комплементарни (допълнителни), конфликтни (противоречиви) и индиферентни връзки на целите. Докато при комплементарната връзка целите си съдействат една с друга, при конфликтната връзка дадена цел представлява препятствие за друга. При индиферентна връзка целите са изцяло независими една от друга.³⁵

От това синтетично въведение става ясно, че развитието на маркетинговите цели е комплексен процес.

³² Joas, A. / Prommer, H. U.: Benchmarking, Band 1, Stuttgart, 1998, S. 264

³³ Felser, G.: Werbe- und Konsumentenpsychologie, 2. Auflage, Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart, 2001, S. 36

³⁴ Braun, G. E.: Ziele in der öffentlichen Verwaltung – die Sicht der öffentlichen Betriebswirtschaftslehre, in: Verwaltung / Organisation / Personal (VOP), 14. Jg., Heft 3, 1992, 162 - 169

³⁵ Braun, G. E.: Ziele in der öffentlichen Verwaltung – die Sicht der öffentlichen Betriebswirtschaftslehre, in: Verwaltung / Organisation / Personal (VOP), 14. Jg., Heft 3, 1992, 162 - 169

1.5.3 Стратегически маркетинг

В икономическата литература понятието за стратегия се определя изключително диференцирано. Общото в повечето дефиниции е, че при стратегиите се касае за резултатите от принципните решения. Съгласие има също и по това, че стратегическите решения дават средно и дългосрочно ориентиран резултат. Zentes дефинира стратегическия маркетинг като „дългосрочно ориентирана обща маркетингова концепция на дадена организация”.³⁶ Стратегическият маркетинг представлява централната пазарноориентирана част на агресивния стратегически мениджмънт, който освен това има за предмет и дългосрочното изграждане на управляващи и организационни системи, набавянето и алокацията на ресурсите на организацията и изграждането на дългосрочни връзки с околната среда.

Съществуват следните маркетингови стратегии:

- стратегии (?) за агресивно участие на пазара;
- стратегии, насочени към купувачите;
- стратегии, насочени към конкуренцията;
- стратегии, насочени към продажбите;
- стратегии, насочени към групи с претенции.³⁷

Във връзка с идеите на този труд стратегиите, насочени към потребителите, са от особена важност. В тази връзка има две възможности за целенасочено влияние върху поведението на купувача. Първата е стратегия, насочена към предпочитанията. Тя цели да изгради „многоаспектни предпочитания при купувачите чрез прилагане на неценови параметри”.^{38 39}

Другата възможност предлагат ценовите стратегии, концентрирани върху изграждането на моноаспектни предпочитанията, ценова политика. При решението за прилагане на една от тези стратегии се дава предпочитание на мениджмънта на качеството. За сферата на услугите успехът на организацията в по-голямата си част се определя от качеството на предложените услуги. В това отношение се отдава голямо значение на точния анализ и дискусиата относно мениджмънта на качеството в рамките на стратегическия маркетинг.

1.5.4 Оперативен маркетинг

Определените чрез стратегическия маркетинг начини на действие се конкретизират чрез оперативния маркетинг. За прилагането на оперативния маркетинг се използват маркетингови инструменти. Под маркетингови инструменти се разбират онези конкретни инструменти на продукта (параметри, които се виждат, чуват, могат да се помиришат, да се вкусят, да се пипнат или да

³⁶ Zentes, J.: Grundbegriffe des Marketing, 4. Auflage, Stuttgart, 1996, S. 386

³⁷ Маринова, Е.: Маркетинг, 4 издание, 1999

³⁸ Meffert, H.: Marketing Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele; Wiesbaden 1998, S. 261

³⁹ В литературата се среща още термина Стратегия на диференциране.

се усетят), с които може да се повлияе на пазара и на които пазарът реагира.⁴⁰ Те представляват конкретни маркетингови мерки, насочени към разработените целеви групи, респ. пазари.

Маркетинговите инструменти се използват на всички нива в дейността на организацията. Различават се информационно ниво, ниво на дейност (оперативно ниво) и ниво на мениджмънт (стратегическо ниво).⁴¹ Zentes отбелязва, че в научната литература понятието маркетингови инструменти често се отнася само до нивото на дейност. Напълно възможно е обаче маркетинговите инструменти да покажат стратегически характерни черти.

Тези инструменти се преплитат специфично в маркетингов микс, който описва комбинацията на съответно използваните маркетингови инструменти.

Специализираната научна литература групира инструментите в четири области:

- 1) продуктова политика;
- 2) дистрибуционна политика;
- 3) комуникационна политика;
- 4) ценова политика.⁴²

Meffert и Bruhn допълват към тези четири инструмента и персоналната политика. Въпросът, дали едно такова деление на четири области е оправдано и за организация предлагаща услуги, е силно оспорван в литературата. Предвид специфичността на услугите те виждат оправдано това разширяване. Обсъждането на политиката на човешките ресурси не трябва обаче да се извършва в смисъла на обстоен персонален мениджмънт. Разясняват се онези аспекти, изключително отнесени към персонала, които от гледна точка на маркетинга трябва да се вземат предвид при предоставянето на услугите.⁴³

В своята систематика Magrath излиза още извън тези пет елемента на Meffert и Bruhn. Като инструментариум той включва още и политиката на външно оформление (имидж) и политиката на процеса.⁴⁴

За предмета на изследване на дейността „Медицински патронаж в домашни условия“ използването на тези маркетингови инструменти е възможно в ограничен размер. По принцип в описаните по-горе изложения се разглеждат всичките четири области. Центърът на тежестта в нашия случай обаче е поставен

⁴⁰ Becker, J.: Marketing-Konzeption – Grundlagen des strategischen und operativen Marketing-Managements, München, 1998, S. 487

⁴¹ Zentes, J.: Grundbegriffe des Marketing, Stuttgart, 1996, S. 258

⁴² За сравнение Kotler, Disch, Meffert, Nieschlag и т.н.

⁴³ Meffert, H. / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997, S. 287 ff

⁴⁴ Magrath, A. J.: When Marketing Services, 4 Ps are not enough, Business Horizons, Nr. 29, May, 1997, S. 44

върху областите на комуникационната политика и на продуктовата политика, в случая - политиката на услугите.

1.5.5 Маркетингово приложение

Понятието „маркетингово приложение” обединява две области на процеса на маркетинг - мениджмънта:

- прилаганто на маркетинговите дейности;
- контролирането на маркетинговите дейности.

„Прилагането на маркетинговите дейности е процес, чрез който маркетинговите планове се превръщат в задачи за изпълнение и чрез който се гарантира, че тези задачи ще се изпълнят така, че те да реализират целите на плана.”⁴⁵

След запознаване с понятието „маркетинг” и основните черти на маркетинг - мениджмънта, по-нататък се разглежда по-подробно понятието „услуга”.

1.5.6 Понятието „услуга”

Първо ще включим услугите в системата на икономическите блага. Това деление поставя началото на определението на понятието „услуга”.

Упражняване на стопанска дейност може да се разбира като разпореждане с неголямо количество блага, доколкото те, като търговски обекти, са предмет на пазарни процеси.⁴⁶ Най-общо в икономическите науки под понятието „блага” се разбират всички средства, които могат да бъдат полезни за удовлетворяване на човешките потребности. Характерен белег на всички блага, следователно, е създаването на полезност, при което благата могат да се класифицират по различни признаци. Така може да се направи разделение на материални и нематериални блага. Към нематериалните блага спадат услугите.⁴⁷

Въз основа на досегашните изследвания в научната литература Meffert и Bruhn групират услугите според това, дали са ориентирани към организацията или са ориентирани към пазара. При ориентирани към конкретна организация услуги се взема под внимание дали услугата се разбира като основна или второстепенна от гледна точка на организацията, предлагаща услуги. Характеристиката на ориентирани към пазара услуги е дали при получателя на услугата се касае за окончателен потребител или за друга организация.⁴⁸ На Фиг. 2 са представени признаците.

⁴⁵ Kotler, P. / Bliemel, F.: Marketing – Management Analyse, Planung, Umsetzung und Steuerung, 9. Auflage, Stuttgart 1999, S. 1176

⁴⁶ Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 52

⁴⁷ Schierenbeck, H.: Grundzüge der Betriebswirtschaftslehre, München, S. 15

⁴⁸ Meffert, H. / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997, 20

Фиг. 2: Матрица на услугите.⁴⁹

Измерения, свързани с организацията	Пазарно ориентирано измерение	
	Потребител	Организация
	Основна услуга за организацията	Потребителска основна услуга
Допълнителна услуга за организацията	Потребителска второстепенна услуга	инвестиционна второстепенна услуга

При дейността „Медицински патронаж в домашни условия“ става дума за потребителска основна услуга, тъй като организацията полага основно тази грижа и пациентът, крайният потребител, я получава.⁵⁰

В икономическата литература на български език се установява, че на комплекса от теми за услуги и специално маркетинга на услуги, въпреки своята важност в модерните икономики, е отделено относително малко внимание. Ако се има предвид предметът на изследване на „Медицинския патронаж в домашни условия“, не може да се намери нито едно завършено научно изложение по тази тема.

Предвид голямото разнообразие на услуги, в чуждестранната литература могат да се намерят многобройни опити за дефиниране на понятието в три големи групи:

- Дефиниции, ориентирани към потенциала;
- Дефиниции, ориентирани към процеса;
- Дефиниции, ориентирани към резултата.

Под дефиниции, ориентирани към потенциала се има предвид способността и готовността на предлаганите услуги да притежават потенциала за същинското им изпълнение. Една организация трябва да бъде в състояние да изпълни желанията на клиентите на база вътрешните фактори (служители и организация на работа) - от една страна, и от друга страна - чрез капацитет съобразно ситуацията (обвързаност на сроковете). В тази дефиниция се съдържа готовността за обгрижване.

Като решаваща особеност на дефиницията, ориентирана към процеса, се разглежда Uno-Actu принципът. Това означава, че съществува синхрон при

⁴⁹ Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 53

⁵⁰ Meffert, H. / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997, 20

извършването и използването на услугата. Тук се наблюдава съществена разлика при сравнението с производството на материални блага. При процеса на производство на материални блага продукцията и продажбата се разделят. Търсещият услуга предлага/дава „външен фактор”, от прилагането на който следва ползотворно въздействие. Този елемент предизвиква процеса. Като фактори се разглеждат материалните блага и хората. В дейността „Медицински патронаж в домашни условия“ пациентът представлява външният фактор. Включването на пациента се разглежда като елемент, предизвикващ начало на процеса. Наблюдава се и синхрон на продажбата и използването на услугата. Услугата се извършва паралелно от служителите на организацията и се приема/получава от пациента.⁵¹

При дефиницията, ориентирана към резултата, се откроява фактът, че резултатът от дадена услуга е нематериално благо. Следователно резултатът от услугата не се характеризира като осезаем, предметен, веществен. Изхождайки от извършването на услугата, като резултат, успоредно с помощната услуга в ежедневието може да се види подобряване на състоянието или най-малко облекчение на болките.^{52 53}

Във връзка с това „Медицинският патронаж в домашни условия“ може да се дефинира аналогично, както следва:

„Медицински патронаж в домашни условия“ е самостоятелна пазарна услуга, която е свързана с подготовката и/или включването на подходящ персонал и с адекватна организационна структура и адекватна организация на изпълнение (ориентирана към потенциала). Професионалистите по здравни грижи извършват дейностите на или с пациента в рамките на процеса на обгрижването. Комбинацията от персонал, организационна структура и организация на изпълнение се прилага, за да получи пациентът ефикасно въздействие под формата на помощ, подобряване, запазване на състоянието или най-малко облекчаване на дадената необходимост от помощ.⁵⁴

1.5.7 Маркетингови дефиниции за организация на „Медицински патронаж в домашни условия”

В предходните изложения първо беше представена дефиниция на понятието „маркетинг” и бяха изложени аспекти, свързани с маркетинга. В

⁵¹ Meffert, H. / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997, 24

⁵² В тази връзка може да се направи разлика между материален резултат и нематериален резултат. Така напр. при раните от пролежаване могат да се наблюдават и двата резултата. В първия случай при излекуването им има материален резултат. Във втория случай пациентът чувства положителния ефект, а ние наблюдаваме нематериален резултат.

⁵³ Meffert, H. / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997, 24

⁵⁴ Meffert, H. / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997, 27

заклучение бяха представени съществените разлики между стоките и услугите и по-подробно описано понятието „услуга”. Оказва се, че маркетингът със своите специфични елементи следва да се адаптира в съответствие със специфичните елементи на услугите в конкретния случай. По този начин като основа за дефиницията на „маркетинг” на дейността „Медицински патронаж в домашни условия“ ще се използва вече определеното съдържание на понятието „маркетинг”.

В една от своите развити дефиниции Bieberstein разбира маркетинга на услугата като „мениджмънт - концепция за целенасочено изграждане на процеси на обмен с външни и вътрешни партньори. Вътрешният маркетинг цели изграждане на връзки на обмен с хора, вътрешни за предприятието, за да се създадат персонални и организационни предпоставки за ефективен външен маркетинг (...). Външният маркетинг е фокусът на концепцията, която не се занимава само с изграждане и продажба на материални и нематериални резултати от услуги, но също така и с процеса на създаване на услугата”.⁵⁵

Използвайки горните изложения във връзка с понятията „маркетинг” и „услуга”, предлагаме следната дефиниция за маркетинг на дейността „Медицински патронаж в домашни условия“:

Маркетинг на дейността и услугите на „Медицински патронаж в домашни условия“ е съвкупност от анализ, планиране, прилагане и контрол на последователно и методично разработени програми за обгрижване. Целта е построяване на процесите на взаимовръзка и взаимодействие между организацията за предоставяне на „Медицински патронаж в домашни условия“ и пациентите. Програмите се базират на доказателствата, получени от проучването на потребностите сред потенциални пациенти и клиенти, както и сред медицински професионалисти, квалифицирани да извършват услугата.

1.5.8 Маркетингови особености на „Медицинския патронаж в домашни условия“

Изхождайки от специфичността на услугата и по-особените маркетингови инструменти, приложими за тази дейност, изпъкват следните съществени особености ⁵⁶:

- нематериалност на услугата;
- интензитет на персонала;
- място на изпълнение на услугата;
- интеграция на пациента в процеса на изпълнение на услугата;

⁵⁵ Bieberstein, I.: Dienstleistungs-Marketing, 2. Auflage, Kiel, 1998, S. 45

⁵⁶ Meffert, H. / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997

- връзка между пациента и изпълнителя на грижата;
- заплащане на услугите по обгрижването;
- законови/договорни рамкови условия;
- научни особености на поведението на целевата група.

1.5.8.1 Нематериалност на услугата

Качеството нематериалност на услугите се изразява в това, че клиентът не може да пипне и да види услугата преди нейната реализация, както и нейния потенциал.⁵⁷ За „Медицинския патронаж в домашни условия“ тази характеристика е силно изразена по отношение на другите области на услугите, тъй като при тях се касае за услуга, която се извършва лично и многократно от медицинския специалист.

Една подчертана особеност се извежда от факта на нематериалност, а именно това, че липсва оценка на услугата от клиентите преди нейното осъществяване. Към момента на сключване на договора организацията за „Медицински патронаж в домашни условия“ може само да „обещае“ услугите и произтичащия от тях резултат, но не може да ги визуализира.⁵⁸ Пациентът, респ. Клиентът, трябва да се довери на обещанието на продавача, тъй като това е единственото разбираемо и най-малко субективно оцененото твърдение, с което той разполага. Този дефицит на преценка представлява висок риск от покупка за пациента. В тази връзка Engckhardt твърди, че възприеманият риск от покупката нараства с увеличаване на нематериалността на офертата за услугата.⁵⁹ В подобна ситуация клиентите оценяват различни действия като индикатори, които служат за намаляване на риска при закупуване. Това могат да бъдат бързата реакция на персонала при първоначалния контакт с организацията и запитването за услуга, както и приятелското, приветливото посрещане на потенциалните клиенти.⁶⁰

Заедно с трудностите при оценяване преди закупуването на дадена услуга, съществува и трудността при оценяване от потребителите на изпълнението. В този случай от значение са качеството и предпочитанията на потребителите. Тази особеност е в резултат на недостатъчни специализирани познания за някои лечения, които трябва да се поставят като проблеми при методите и техниките за полагане на грижи.⁶¹

⁵⁷ Meffert, H. / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997, S. 59

⁵⁸ Meyer, A. / Werterbarkey, P.: Bedeutung der Kundenbeteiligung für die Qualitätspolitik von Dienstleistungsunternehmen, 2. Auflage, Wiesbaden, 1995, 81 - 103

⁵⁹ Engelhardt, W. / Kleinaltenkamp, M. / Recktenfelderbäumer, M.: Dienstleistungen als Absatzobjekt, Arbeitsbericht № 52 des Instituts für Unternehmensführung und Unternehmensforschung, Bochum, 1992, S. 46

⁶⁰ Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 58

⁶¹ Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 58

За организацията, предлагаща „Медицински патронаж в домашни условия“, се предполага, че извършва безупречна координация между „производството“ и „продажбата“ на продукта поради неспособност от складирането му, тъй като отпада наличния потенциал, когато не се използва.⁶² По този начин организацията не разкрива възможностите на своя човешки потенциал за извършване на услуги. Например ако клиентът не е у дома, услугата по обгрижването му не може да бъде извършена и отпада.⁶³ От това следва, че план-графикът играе съществена роля като инструмент за балансиране на търсенето и предлагането. Недостатъчното планиране на персонал създава от една страна проблеми в капацитета, въз основа на повишеното търсене. От друга страна е възможно натрупване на излишни разходи за твърде много планиран персонал при по-ниско търсене на услугата.⁶⁴

Невъзможността за транспортиране описва условието на Uno-Actu принципа. Това означава, че при „Медицинския патронаж в домашни условия“ моментът на изпълнение на услугата е идентичен с този на продажбата.⁶⁵ По този начин е невъзможно „производството“ на услугата на едно място и консумацията ѝ на друго място. Професионалистът по здравни грижи се придвижва до клиента, но услугата, сама по себе си, е „нетранспортируема“.

1.5.8.2 Интензитет на персонала

Голямата част от разходите при повечето услуги както в здравеопазването, така и при дейността „Медицински патронаж в домашни условия“ са се формира в най-голяма степен от разходите за персонал. В проучването си от 1997 г. Siegegger наблюдава възникване на разходи за човешки ресурси в размер на около 70% – 80% от общата стойност на дейността. Това предопределя тесните граници на индустриализиране на услугата.⁶⁶ Тук е моментът да се спомене, че съществуват вътрешно и външно продиктувани индивидуални колебания на производителността на професионалистите при извършването на услугата. Външно продиктуваните индивидуални колебания характеризират в този случай различното обслужване. Тази разлика идва от разликата в опита на отделните професионалисти. Вътрешно продиктуваните индивидуални колебания характеризират качеството на извършването на услугата в зависимост от индивидуалното дневно състояние на всеки отделен професионалист. За това са

⁶² В този случай координация на човешките ресурси.

⁶³ Тази проблематика е подсилена от факта, че в голяма част от браншовете, които предлагат услуги, се наблюдават сезонни колебания и завишаване или намаляване на търсенето, на което с подходящите маркетингови инструменти може да се реагира. За сферата на „медицинския патронаж в домашни условия“ такива промени в търсенето са почти непредвидими и изострят проблематиката.

⁶⁴ **Corsten, H.** / **Stuhlmann, S.**: Kapazitätsmanagement in Dienstleistungsunternehmen: Grundlagen und Kapazitätsmöglichkeiten, Wiesbaden, 1997

⁶⁵ **Maleri, R.**: Grundlagen des Dienstleistungsproduktion, 3. Auflage, Berlin, 1994, S. 52

⁶⁶ **Kruse M.**: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 59

препоръчителни стандартизация в обучението и в качеството на услугата „Медицински патронаж в домашни условия“.⁶⁷

1.5.8.3 Място на извършване на услугата

Според проведени изследвания, желанието за самостоятелен живот, за предпочитано място за живеене, както и желанието за смяна на жилището се появява с увеличаване на възрастта. Констатирана е промяна в ценностите по отношение на обичайната форма на живеене – общежитие за стари хора, старчески дом и хоспис. Тези общоприети форми на живеене са ориентирани към „пълна издръжка“. За поколението в пенсионна възраст предлагането на тези услуги не е в съответствие с техните представи. Установено е голямо противоречие между желанията и плановете за живеене на хората в предпенсионна възраст - от една страна и досегашните предложения на пазара - от друга страна. Към желанията на старите хора се включва и сигурността за помощ в случай на необходимост. Важен фактор обаче е и връщането към досегашния приятелски микросвят под формата например на съседска помощ.

Изхождайки от тези предпочитания на старите хора, се вижда, че при болест и нужда от грижи те биха желали възможно най-бързо да се върнат вкъщи. Тези констатации формират определени тенденции в предпочитанията на клиентите по отношение на организацията на „Медицински патронаж в домашни условия“. Следователно, мястото на извършване на обгрижването оказва голямо влияние върху удовлетвореността на пациента. В тази връзка авторите Asam и Altmann твърдят, че „домашната обстановка“ е основен фактор за качеството на живот през старостта.⁶⁸

Установява се обаче и диференцирано поведение с претенции от страна на пациента. Докато в болницата той се чувства като гост, в своята домашна среда той е домакин. Фактически се установява поведение със значително повишени изисквания на пациентите по отношение на обслужването от медицински специалисти. Това се изразява в тона и в поведението на пациентите към обгрижващите ги.⁶⁹

1.5.8.4 Интеграция на пациента в процеса на обгрижване

Оказването на услугата „Медицински патронаж в домашни условия“ се реализира само с включване на пациента. Изключения представляват пазаруване, готвене, домакинска работа – част от социалната сфера. В тази връзка в научната литература се говори за интеграция на външния фактор в процеса на оказване на услугата.⁷⁰ Разликата в сравнение с вътрешните производствени фактори се

⁶⁷ Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 59

⁶⁸ Asam, W. H. / Altmann, U.: Geld und Pflege: Zur Ökonomie und Reorganization der Pflegeabsicherung, Freiburg, 1995, S. 23

⁶⁹ Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 60

⁷⁰ Meffert, H. / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997, S. 67

установява в това, че външният фактор не се поддава на автономно разпореждане на обслужващата организация.⁷¹

Интеграцията на пациента в обгрижването играе съществена роля за резултата. Така например едно неподходящо взаимодействие с пациента може да доведе до отрицателни резултати. От това би могло да възникне потенциално недоволство от резултата, без вина на обгрижващия.⁷²

Чрез интеграция на пациента в процеса на обслужване може да възникнат и позитивни елементи. Така обгрижването в един активиращ пациента процес има за цел постигане на позитивен резултат.

1.5.8.5 Връзка между пациента и полагащия грижи

При управлението на връзката между специалиста и пациента не може да се изхожда само от услуга, която трябва да се изпълни технически. Нещо повече, изисква се построяване на емоционална връзка между участниците. В това отношение процесът на полагане на грижи се състои от две части. Към първата спада процесът на решаване на проблема, следователно услугата, която чисто технически трябва да се извърши, а към втората - процесът на връзката, който съдържа областта на човешките отношения между пациента и професионалиста.⁷³ Всяка дейност по полагане на грижи по принцип винаги включва двата аспекта. Още при първата среща между пациента и обгрижващия се събира информация и се създава начална база на доверие. Връзката между участниците представлява социалната база, върху която се построява и реализира същинската услуга. Съществува съществена разлика между обгрижването в болница и „Медицинския патронаж в домашни условия“, изразяваща се в често срещана емоционална обвързаност между участниците, често пъти продължаваща месеци и/или години. Този емоционален интерес към другия може да бъде както положителен, така и отрицателен фактор на влияние върху услугата, която трябва да се окаже. Така при положителна емоционална връзка може да възникне благоприятна среда за съвместна работа. Това оказва влияние върху времето за изпълнение на услугата, което при една балансирана атмосфера може да бъде съкратено значително. Също така и субективната оценка на услугата от страна на пациента може да бъде повлияна позитивно. Въпреки това една интензивна емоционална връзка може да има и недостатъци. Например, когато от страна на пациента оказаните грижи не се приемат като услуги, които се заплащат. Това може да бъде например пазаруването. Друг недостатък, отнасящ се до пациента, е непрофесионалното

⁷¹ Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 61

⁷² Kruse, C. / Siegel, B.: Zusammenarbeit zwischen Arzt, Kostenträger und Pflegedienst zur Sicherung der Arzneimittelleinnahme bei geriatrischen Patienten – Ein Modellprojekt, in: Trommsdorff Arzneimittel GmbH & Co., 2. Geriatriches Ruhrsymposium: Vorteile oder Vorurteile? Zusammenarbeit zwischen Klinik, Praxis und Pflege, Alsdorf 1997, S. 43 - 51

⁷³ Schäffler, A. / Menche, N. / Balzen, U.: Pflege heute: Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe, Ulm, 1997, S. 10

изпълнение. Възможно е и обгрижващият може да загуби представа за разликата между двата гореописани факта.⁷⁴

В заключение, различните автори използват обща изходна база за изследване, а именно че връзката и взаимодействието между участниците в процеса на обгрижване оказват съществено влияние върху тяхната реализация и получавания резултат. Фактори за това са структурата на личността, симпатията и антипатията, житейският опит и история, очакванията, отношението, представите относно здравето и болестта, обгрижването на нуждаещия се, готовността за комуникация, способността за комуникация, уменията за поставяне на цели.⁷⁵

1.5.8.6 Научни особености на поведението на целевата група

Полагането на грижи е насочено предимно към по-стари и болни хора. Поради това трябва да се помисли за промяна в начина на поведение във връзка с модела на потребление на тази целева група.

В центъра на дейността „Медицински патронаж в домашни условия“ стои пациентът като потребител на услугите. Когато става дума за медицински дейности, пациентът има право на свободен избор на доставчик и последен решава относно използването на услугите. Съществена основа за построяване на системен маркетинг в това отношение е познанието за поведението на съответната целева група.

Успоредно с многообразието от индивидуални модели, подходите към изследването на поведението на потребителя могат да се разделят на следните основни части:

- социологически подходи и
- несоциологически подходи.

Социологическите подходи анализират изключително вариантите на поведение (какво и как) на потребителите, които могат да се наблюдават и измерват. Във връзка с този начин на изследване често се говори за Black-Box-модели (S-R-модели). Поведението се определя от стимули (S) и предизвиква възбуждаща реакция (R). При несоциологическите подходи (какво и колко) се разглеждат така наречените интервениращи (изследващи) променливи. Те изразяват теоретични конструкции (абстрактни концептуални компоненти), за да се обяснят и анализират невидимите процеси в човешкия индивид. Аналог за гореспоменатите S-R-модели са S-O-R-моделите, където „O“ е организмът. Към интервениращите варианти авторите отнасят изключително обработените

⁷⁴ Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 62

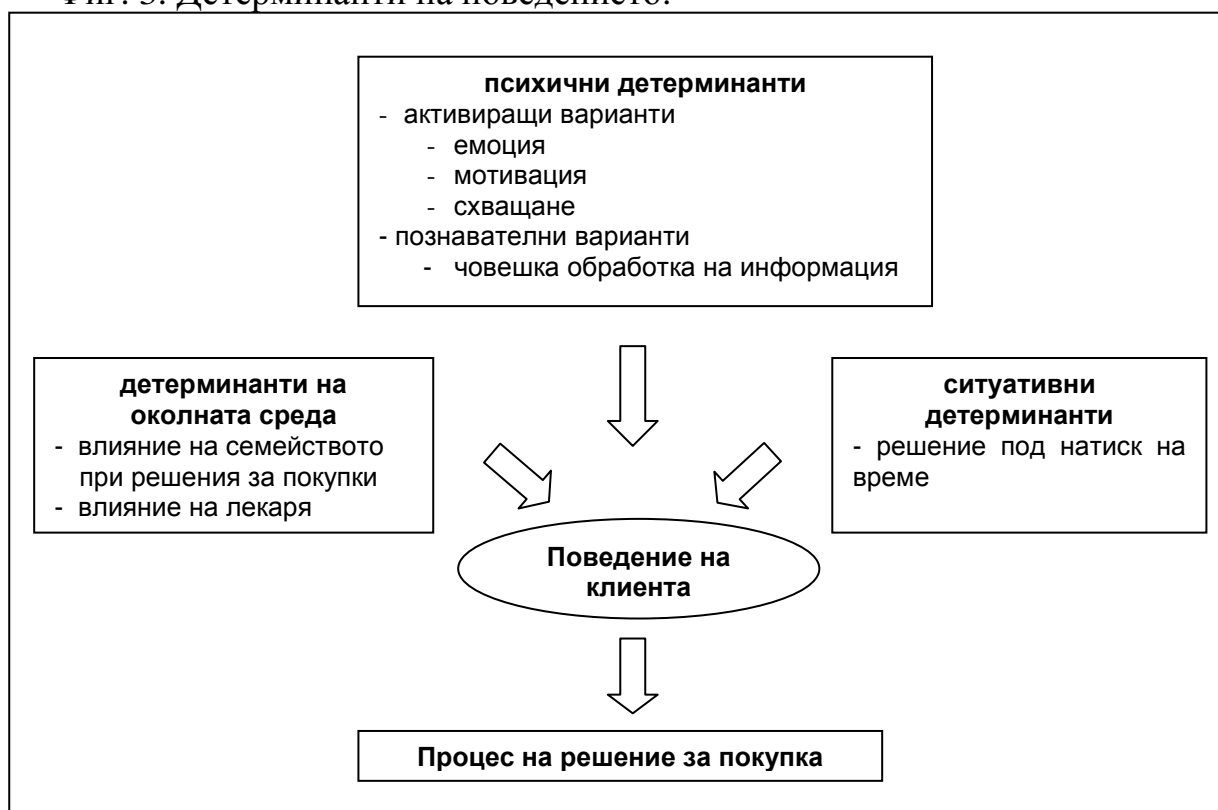
⁷⁵ Seel, M.: Die Pflege des Menschen im Alter, Hagen, 1997, S. 12

активиращи и познавателни (когнитивни) процеси в рамките на психическите варианти.⁷⁶

Като определящи фактори на поведението на потребителя се открояват голям брой независими променливи. Поведението се влияе от следните детерминанти (фиг. 3):

- индивидуални психични детерминанти;
- детерминанти на околната среда;
- ситуативни детерминанти.

Фиг. 3. Детерминанти на поведението.⁷⁷



1.5.8.6.1 Психични променливи

При несоциологическите подходи се обръща внимание на интервениращите променливи, за да се обяснят и анализират процесите в организма, които не могат да се наблюдават. Тези интервениращи променливи се изграждат чрез психични променливи и са разяснени по-надолу. Психичните променливи могат да се групират по следния начин:

- активиращи процеси;

⁷⁶ Zentes, J.: Grundbegriffe des Marketing, 4. Auflage, Stuttgart, 1996, S. 181

⁷⁷ Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 68

- познавателни процеси.

Вътрешните вълнения и раздразненост, както и подтикващите поведението влияния са част от активиращите процеси. Познавателните процеси са тези, чрез които индивидът приема, преработва и запаметява информацията. Причинител за прихичните процеси са както вътрешни, така и външни дразнения, които въздействат на човека.⁷⁸

Разделянето на горните два вида процеси представлява аналитичен начин на разглеждане на комплексните процеси на психичните променливи. А за активиращи психически процеси говорим тогава, когато преобладава активиращ компонент. Ако преобладава познавателният компонент, процесът се определя като познавателен.

Към компонентите на активиращите променливи може да се причислят емоцията, мотивацията и схващането. Към компонентите на познавателните променливи спадат възприятието, решението, ученето и паметта.⁷⁹

Активиращи процеси

Активиращите процеси подтикват към определено поведение. Тези процеси зареждат индивида с психично-душевна енергия и са отговорни изобщо за възникването на поведението. На това място е включено специално разглеждане на целевата група.

Емоция

„Емоциите са вътрешни дразнения, които се усещат приятно или неприятно и се преживяват повече или по-малко съзнателно.”⁸⁰ При емоциите може да различим две основни измерения:

- качествено измерение и
- количествено измерение.⁸¹

Докато качествено измерение се чувства като приятно или неприятно, количественото измерение показва интензивността на емоцията. В маркетинга емоциите играят решаваща роля така, че един клиент ще бъде готов да приеме послание за покупка само тогава, когато той се намира на определено ниво на активност. Особено високата хомогенност на определени продукти или услуги придават на емоцията решаваща роля, тъй като „свързаните с продукта чувства... често са били решаващи критерии за диференциране от конкуренцията”.⁸²

⁷⁸ Kroeber-Riel, W. / Weinberg, P.: Konsumentenverhalten, 6. Auflage, München, 1996, S. 49

⁷⁹ Kroeber-Riel, W. / Weinberg, P.: Konsumentenverhalten, 6. Auflage, München, 1996, S. 49

⁸⁰ Kroeber-Riel, W. / Weinberg, P.: Konsumentenverhalten, 6. Auflage, München, 1996, S. 106

⁸¹ Балканска, П.: Приложна психологи в медицинската практика, София, 2000

⁸² Meffert, H.: Marketing Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele; Wiesbaden 1998, S. 108

Мотивация

Понятието мотивация е в близка връзка с емоционалните процеси на даден човек. Когато на емоцията все още липсва ориентирането към конкретни цели на действие, този познавателен частичен компонент се включва с мотивацията в теоретичния мисловен образ.⁸³ Мотивацията обхваща както даден активиращ компонент, например неподвижността на пациента, така и познавателен компонент, като например намерението да използва услугата „Медицински патронаж в домашни условия“.

Схващане

Мисловният образ на схващането може да се дефинира като „субективно възприемана годност на даден предмет за задоволяване на една мотивация“.⁸⁴ Тук трябва да се има предвид, че индивидът може да реагира на определени стимули на околния свят продължително, позитивно или негативно.⁸⁵ Схващанията могат да се отнасят до всеки мислим предмет и/или процес.

Съществува E-V-хипотезата. E означава „Схващане“, V – „Поведение“. Съгласно тази E-V-хипотеза, схващанията определят поведението. При този модел вероятността за покупка на една услуга е в корелативна връзка със схващането относно услугата.⁸⁶ Това твърдение може да бъде оспорено, вземайки под внимание изследване на LaPier, проведено през 1934 г., което доказва, че поведението също може да определя и дадено схващане.^{87 88}

Изследванията върху схващанията определят правилните действия в маркетинга (реклама, сегментиране на пазара, продуктова политика). Въздействието на маркетинга се разпростира върху вида, броя и значението на важните за схващанията качества на продукта, върху отнасящите се към продукта оценки на неговите качества, както и върху идеалните изисквания към даден продукт.⁸⁹

Промени на активиращи процеси, обусловени от възрастта

Относно възрастните хора почти няма специални изследвания, които да се занимават с по-интензивно наблюдение на тази група във връзка с активиращите процеси.

Емпирични изследвания показват обаче, че в областта на емоцията не може да се изхожда от общо намаляване на емоционалната реактивна готовност на тази

⁸³ Kroeber-Riel, W. / Weinberg, P.: Konsumentenverhalten, 6. Auflage, München, 1996, S. 141

⁸⁴ Kroeber-Riel, W. / Weinberg, P.: Konsumentenverhalten, 6. Auflage, München, 1996, S. 168

⁸⁵ Meffert, H.: Marketing Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele; Wiesbaden 1998, S. 113

⁸⁶ Kroeber-Riel, W. / Weinberg, P.: Konsumentenverhalten, 6. Auflage, München, 1996, S. 170

⁸⁷ Изследването е показало, че отрицателното схващане на хотелиерите относно китайските гости оказвало незначително влияние върху тяхното поведение.

⁸⁸ Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 75

⁸⁹ Meffert, H.: Marketing Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele; Wiesbaden 1998, S. 118

група в сравнение с по-младите хора. Едно емпирично изследване установява, че с нарастването на възрастта интензитетът и продължителността на емоцията дори нарастват.⁹⁰

Емпиричните изследвания относно мотивацията показват, че в определени ситуации възрастните хора могат да попаднат в състояние на хипермотивираност, което им дава възможност да изчерпят в най-значителна степен известните познавателни възможности. Така в повечето те могат случаи за кратко време да постигнат резултати, които са сравними с тези на младите хора.⁹¹

Познавателни процеси

Познавателните процеси осигуряват на индивида познание за неговото социално обкръжение и неговата личност. Те могат да се опишат като мисловни процеси.⁹²

Основен модел на преработка на информация от човешкия индивид

Основният модел на преработката на информация от човешкия индивид се ориентира към концепциите на комуникационната техника и на компютърните науки. Съгласно този подход протичащите в съзнанието процеси могат да се групират в три големи стъпки:

- кодиране,
- запамятаване и
- извикване.⁹³

Под понятието „Кодиране” се разбира филтриране и преработка на произхождащи от околната среда дразнения в обработена от съзнанието форма. Тази кодирана информация се запазва във времето с помощта на запамятаването. Фазата на извикването е резултатът от двете предходни фази. Тук обаче трябва да се направи разлика между запаметената и извиканата информация. „Ние може да знаем (което означава да съхраним) име, факт, събитие или каквото и да е, но все още не сме в състояние да възстановим това в конкретен случай. В такива случаи проследяването на паметта е недостъпно. Достъпът до проследяването на паметта може да бъде възстановено от подходяща конкретна възможност за повторно търсене, от стимул, който отваря пътеката до паметта”.⁹⁴

Модел на три запамятавания

Гореописаните накратко процеси протичат в човешкия мозък като сложни процеси. За преработка на описаните процеси така нареченият модел на три запамятавания се разделя на три области:

⁹⁰ Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 76

⁹¹ Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 76

⁹² Kroeber-Riel, W. / Weinberg, P.: Konsumentenverhalten, 6. Auflage, München, 1996, S. 224

⁹³ Балканска, П.: Приложна психологи в медицинската практика, София, 2000

⁹⁴ Gleitman, H.: Psychologie, 4. Auflage, Pennsylvania, 1994, S. 225

- сензорна памет,
- краткосрочна памет и
- дългосрочна памет.⁹⁵

Сензорната памет се характеризира с изключително голям капацитет, ниска дълбочина на преработка на информация и кратък живот. Тя представлява първото стъпало на приемането на стимула. Чрез нея човешкият индивид получава много повече информация, отколкото може да преработи. Само селективно възприетите дразнения от тази памет се приемат в краткосрочната памет.

Краткосрочната памет е мястото, където се свързват една с друга информациите от дългосрочната памет и сензорно регистрираната информация. Постъпилата в краткосрочната памет информация след процес на отключване се трансформира в познавателно възприета информация. Обратно на сензорната памет, краткосрочната памет разполага само с ограничен капацитет на запомняне. Преработените в краткосрочната памет и познавателно възприети симули се съхраняват за дълго време в дългосрочната памет.

Дългосрочната памет представлява единното място за запаметяване на цялото познание на даден човек. Дългосрочната памет обаче показва извънредно голяма сложност и капацитет. В научната литература някои автори изхождат от това, че веднъж запаметена информацията никога повече не може да бъде изтрита. Едно липсващо извикване на информация се основава на липсващ достъп.⁹⁶

В научната литература редица автори са се занимавали в рамките на емпирични изследвания с ефективността на паметта на възрастните хора.

Понятието „Внимание” описва способността на един човек да се концентрира върху запомняните елементи въпреки съществуващите фактори на смущения, както и да си спомни за тях. При селективното внимание експерименти са показали, че в сравнение с по-младите по-възрастните изследвани индивиди по-бавно решават поставените задачи във връзка с този вид внимание. В тази връзка е направило впечатление това, че при по-възрастните хора повтаряемостта на упражнението е останала безрезултатна. Относно степента на осведоменост с информация изследванията са показали, че по-възрастните постигат също така добри резултати, когато се касае за откриване на познати и непроменени дразнения.⁹⁷

⁹⁵ Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 77

⁹⁶ Kroeber-Riel, W. / Weinberg, P.: Konsumentenverhalten, 6. Auflage, München, 1996, S. 226

⁹⁷ Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 79

Markowitch установява, че с възрастта силно намалява краткосрочната памет, различното (дивергентно) мислене и мисленето в ситуации на проблемни решения.⁹⁸

1.5.8.6.2 Променливи на околната среда

Преди да бъде обяснено влиянието на семейството върху решенията за покупка, трябва да се обърне внимание накратко на промените в съвместния семеен живот, за да се изясни важноста на този фактор на влияние.

Тенденция в европейските страни е хората над 65 години да не живеят в така нареченото „домакинство от три лица“. Развитieto е довело до използване на понятието „мултилокални поколения“. Това означава, че важна част от семейния живот се разиграва в разделени домакинства на географски различни места. Това нарастване на самотно живеещи възрастни хора едва ли подсказва нещо относно влиянието на членовете на семейството върху решенията за покупка на услугата. По този начин геронтолозите допускат, че пространственото разделяне на поколенията подпомага позитивната структура на връзките в семейството. Това е описано съдържателно в научната литература с изразите: „вътрешна близост чрез външна дистанция“.⁹⁹

Според теорията за „социалните мрежи“ извън тях има общност в поведението на всички поколения едно към друго. Така например могат да бъдат изброени следните социални подпомагания, които се възприемат от членовете на семейството:

- взаимно засвидетелстване на доверие;
- ободряване;
- респектиране;
- грижи в случай на болест;
- съдействие в случай на емоционална възбуда.¹⁰⁰

В рамките на семейството висока стойност имат помощните дейности. Те представляват качествен критерий на връзката. Така солидарността в случай на необходимост представлява основен белег на едно „добро семейство“. Въз основа на тази връзка може да се изходи от това, че повечето членове на семействата разглеждат помощите като разбиращо се от само себе си действие.

Ако вземем под внимание фактът, че по правило децата оказват грижи на своите родители в случай на болест, аналогично може да заключим, че децата помагат на родителите си, когато самите те не могат да положат тази грижа, най-

⁹⁸ Markowitsch, H. J.: Neuropsychologie des Gedächtnisses, Stuttgart, 1997, S. 71 - 83

⁹⁹ Lauterbach, M.: Die Multilokalität späterer Familienphasen – Zur räumlichen Nähe und Ferne der Generationen, in: Zeitschrift für Soziologie, Jahrgang 27, Heft 2, April 1998, S. 113 - 132

¹⁰⁰ Pappi, F. U.: Soziale Netzwerke, Opladen, 1997, S. 584 - 596

малкото при избора на организацията, предоставяща „Медицински патронаж в домашни условия”.

От друга страна установява се, че възрастните хора, проявяващи дефицит на здраве, имат силна потребност от контакти и помощ от членовете на семейството. Тази тенденция се потвърждава и от емпирични изследвания, в рамките на които е било констатирано, че с увеличаване на възрастта на родителите физическата близост с децата става все по-тясна. Особено след кризи, като например появата на случай за полагане на грижи, семействата отново се събират да живеят заедно.¹⁰¹

Ако поставим като основа горепосочените резултати, можа да се заключи, че следва да се вземе предвид влиянието на семейството върху избора на обгрижващата организация от потенциалните членове на семейството, особено от децата. Тези теоретични резултати се отразяват в практиката. Тъй като фокусът на този труд лежи в първичната ориентирана към клиента подготовка на маркетинга, необходимо е специално да се отбележи, че трябва да се отдаде дължимото внимание на изискването за включване и вземане предвид на тази вторична група потребители.

1.5.8.6.3 Ситуационни променливи

В ситуационните променливи могат да бъдат включени временни и специфични за мястото величини, които имат влияние при избора на обслужващата организация.

Към видовете обстоятелства, могат да се причислят следните: физическо обкръжение, социална среда, свързани с времето обстоятелства, вид на задачата и предходно състояние.

Свързаните с времето обстоятелства са важен фактор, тъй като често здравословното състояние на даден човек, например при мозъчен удар (инсулт), се променя фундаментално за секунди. От една страна, при всички засегнати се появява конфронтация към новите и непознати обстоятелства, от друга страна - в рамките на кратко време трябва да се вземат решения, засягащи благополучието и физическото съхраняване на пациента. В случая може да се посочи желаното или принудителното преместване на пациента в неговата домашна обстановка.¹⁰²

Като основа за действие се използва необходимостта от решение под натиска на времето. Както по-горе бе констатирано, че така наречените „скоростни функции” намаляват с възрастта, така при разглежданите тук решения под натиска на времето може да се приеме, че те предизвикват стресова ситуация, особено при възрастните хора.

¹⁰¹ **Lauterbach, M.**: Die Multilokalität späterer Familienphasen – Zur räumlichen Nähe und Ferne der Generationen, in: Zeitschrift für Soziologie, Jahrgang 27, Heft 2, April 1998, S. 113 - 132

¹⁰² **Kruse M.**, Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 85

Стресът може най-общо да се дефинира като екстремно нарушаване на биологичното и/или психологичното функциониране, с нарушения, които се предизвикват от необичайни заплашващи или подчиняващи условия на живот.¹⁰³

Влошеното здраве причинява стресови фактори при здравно увредените хора. Новата ситуация по отношение на въпроса как ще продължим да живеем в къщи, предизвиква допълнителен стрес. В повечето случаи механизмите за преодоляване все още не са преработили първичната ситуация и следва изтощаване на пациента. Особено когато несигурната домашна ситуация се преживява като особено заплашваща, може да се изходи от допълнителните стресови фактори.¹⁰⁴

Тези обстоятелства трябва да се имат предвид особено при началните разговори с пациентите и техните близки. Ето защо тези факти трябва да се вземат предвид в рамките на мениджмънта на оплакванията.

1.5.8.7 Видове решения за покупка

Взимащите решения за покупка при домакинствата могат да се разделят на индивидуални и колективни. При колективните решения по правило се касае за взимане на решение от семейството.¹⁰⁵

По-нататък се изследват и оценяват първо психичните процеси на избор. Към този анализ се включва оценката на взимане на решение за услугата.

При психичните процеси на избор в научната литература се различават четири типа:

- екстензивно (външно) решение за покупка;
- лимитирано решение за покупка;
- обичайно решение за покупка;
- импулсивно решение за покупка.¹⁰⁶

При *екстензивното решение* се предполага субективно-рационално поведение за потребителя. Той осъществява своето решение за покупка чрез рационални разсъждения. По този начин е силно изразено познавателното участие на консуматора.

При *лимитираното решение* за покупка консуматорът вече има опит с услугата. Не съществуват обаче никакви предпочитания по отношение на определен търговец или определена марка. Организацията, предлагаща услугите или определена марка се избира при достигане на определени минимални

¹⁰³ Балканска, П.: Приложна психологи в медицинската практика, София, 2000

¹⁰⁴ Kruse M., Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 85

¹⁰⁵ Berekoven, L. / Eckert, W. / Ellenrieder, P.: Marktforschung: Methodische Grundlagen und praktische Anwendung, 11. Auflage, Wiesbaden, 2006

¹⁰⁶ Kroeber-Riel, W. / Weinberg, P.: Konsumentenverhalten, 6. Auflage, München, 1996, S. 358

изисквания на потребителя. В рамките на лимитираното решение за покупка разходът на време за познавателен избор на търговец е по-малък отколкото при екстензивното решение за покупка.

При *обичайното решение* за покупка познавателното управление се намалява до минимум. Изборът става навик.

Импулсивните решения за покупка се изразяват чрез емоционално натоварени и стимулирани от информация за продукта реакции с минимален разход на време за познавателен избор.

Кой тип от решения за покупка на една услуга или продукт се приближава най-много до действително взетото от консуматора решение за покупка, зависи от множество фактори. В случая би следвало да се обърне внимание особено на факторите ангажираност и вид на продукта (риск от покупката).¹⁰⁷

Под ангажираност тук става дума за личното участие, респ. мисловния ангажимент и свързаното с него активиране, с което човек отделя внимание на дадено обстоятелство или действие. Ангажираността играе важна роля особено в областта на комуникационната политика при приемане на рекламни съобщения.¹⁰⁸

1.5.8.8 Решение за използване на услугата „Медицински патронаж в домашни условия“

Когато пациентът за първи път се обръща към организация, предлагаща „Медицински патронаж в домашни условия“ това означава, че той все още няма опит в сферата на тези услуги. Покупката на услугата в подобна ситуация е свързана с висок риск за пациента. Въз основа на това би могло да се предположи проява на висока ангажираност от страна на потребителя. Тези обстоятелства насочват първоначално към едно решение за покупка аналогично на екстензивния вариант.

При познавателните процеси е установено, че възрастните хора не притежават същата сила на концентрация, както младите хора. Освен това е констатирано, че възрастните хора проявяват ниска степен на лична инициатива. От тези резултати, в рамките на поведението при решение за покупка, следва изводът за редуциране на степента на познавателното управление. Ако по-нататък се наблюдават ситуативните детерминанти, които са били представени с помощта на времевите компоненти, при настъпване на заболяване трябва да се отдаде дължимото на увеличения стресов компонент.¹⁰⁹

Въз основа на изследваните и представени по-горе обстоятелства пациентът има следните начини на поведение:

¹⁰⁷ Виж Глава 2.2.8.1

¹⁰⁸ **Kroeber-Riel, W.** / Weinberg, P.: Konsumentenverhalten, 6. Auflage, München, 1996, S. 338

¹⁰⁹ **Kruse M.**, Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 88

- пациентът се обръща към организация (предлагаща услугата), която му е известна;
- голяма роля играе мнението на членовете на семейството и експерти;
- определящ ключов фактор е цената на услугата.

Значение за избора оказват специфични обстоятелства и факти, на които пациентите отдават обосновано значение.

Показателно е, че пациентът в такава ситуация е склонен към силно опростено вземане на решенията, която частично се свежда до безусловно приемане на експертно мнение. При ситуация на временно неизползване на услугата на дадена организация може да се предположи, че процесът вече е станал обичаен и това определя решението за покупка. На практика рядко се случва смяна на обслужващата организация. Дори когато пациентът ясно изразява състояние на недоволство от обслужването на даден изпълнител, едва ли има последователност например за оплакване или изобщо предприемане на смяна на организацията.¹¹⁰

Горните анализи дават представа относно възможното решение за покупка, което пациентът сам взема. Когато към тези анализи се добави и ролята на семейството, първоначално може да се констатира, че възрастните хора държат на решението на членовете на семейството, които по този начин влияят върху процеса на взимане на решение за покупка.

В действителност тенденцията е по-младите хора да имат по-високи познавателни способности от възрастните хора, но те пък нямат никакъв опит с подобен вид организации. Към това трябва да се добави и обстоятелството, че лошото здравословно състояние на член от семейството означава също стресова ситуация за останалите роднини. Ако те живеят в друг град и трябва да организират грижи при посещенията си, това обикновено се свързва и с проблема за необходимото време и по този начин се формира допълнителна стресова ситуация.¹¹¹

С изложените детерминанти на поведението, които оказват влияние върху поведението на даден клиент, бяха разгледани предимно психологичните променливи, според съответните теории за старостта. За активиращите процеси на важната целева група беше показано, че в случая не може да се говори генерално за съществени различия в сравнение с младите лица. Съществени различия се констатира в областта на познавателните процеси. Особено така наречените „скоростни функции” стават по-ограничени с напредването във възрастта. Във връзка с променливите на околната среда беше описано влиянието на семейството върху потребителя на услугата. Ситуативните променливи,

¹¹⁰ Kruse M., Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 89

¹¹¹ Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 90

свързани с времето, представляват фактор, който трябва да се вземе предвид. При представянето на типовете решения за покупка се прибавя и конкретното разглеждане на избраните ситуации при решения за покупка на услуги по полагане на грижи.

2 Глава. Маркетинг на дейността „Медицински патронаж в домашни условия“

2.1 Планиране на процеса на грижите

Под планиране на процеса на грижи се разбират първите четири стъпки на процеса на грижата. Това са събиране на информация, определяне на проблемите и ресурсите, формулиране на целите и определяне на мерките, свързани с полагане на грижите.¹¹²

Събирането на информация се извършва при първото посещение на един пациент и след това, текущо, по време на изпълнение на грижите.

При задълбочен преглед на действията по тази стъпка, осъществявани от различни чуждестранни организации и служби, предлагащи услугата, представяме обобщен въпросник на данните, които трябва да се получат от пациента:

- 1) Основни данни:
 - Име, дата на раждане, местоживеене, пол, осигурителен номер, вероизповедание.
- 2) Анамнеза на грижа:
 - Коя диагноза е налице?
 - Има ли предшестващи заболявания и кои са те?
 - Какво е здравното състояние на пациента? (области: съзнание, комуникация, дишане/кръвообращение, подвижност, грижа за тялото, болки, сън, хранене/приемане на течности, изхождане)?
 - Какви са основните потребности (качествени/количествени)?
 - Какво е психичното състояние на пациента?
- 3) Социална анамнеза:
 - Анализ на социалната среда.
 - Социални контакти с роднини/приятели.
 - Възможности за интеграция.
- 4) Необходими помощни средства:
 - Напр., болнично легло, инвалидна количка, нощен стол, патерици и т.н.
- 5) Предпочитания на пациента:
 - Кой да положи грижата? (жена/мъж)
 - Времеви предпочитания в ежедневието?
- 6) Изясняване на разходите:
 - Може ли да се изчисли стойността на услугата?
 - Кой поема разходите (здравна каса, неправителствена организация, социална служба, лично, други)?

¹¹² **Höhm**mann, U.: Über Theorien, Modelle, Konzepte in der Pflege oder die Babylonische Sprachverwirrung, in Pflege Aktuell, 52 Jg., Januar 1998, S 14 - 16

7) Подготвящи мерки за домашна грижа:

- Кой изготвя предписанието за домашния патронаж?
- Подадена ли е молба за такава грижа до отговорната институция?

След събиране на информацията, следващата стъпка е *определянето на проблемите и ресурсите*. При тях следва да се разработят възможностите за активна грижа, както и наличните ресурси и способности за приобщаване в процеса на грижата. При анализиране и съпоставяне на проблемите¹¹³ на пациента, напр. дали може да се справи сам със ситуацията и какви са наличните ресурси, грижата е ориентирана към пациента. По време на такава активна грижа се гарантира и поощрява самостоятелността и независимостта на пациента. Авторите Weh и Sieber описват активната грижа не само като такава „За пациента”, но и „СЪС пациента”¹¹⁴, като по този начин се интегрират неговите способности и се развиват нужните. Паралелно с изясняването на ресурсите на пациента се анализират и ресурсите на неговите близки, доколкото те могат да подпомогнат неговото обгрижване или дори да го поемат изцяло.

Формулирането на целите на обгрижването определят посоката, в която трябва да се работи, както и последователността по приоритети. Целите се формулират след анализ на конкретния проблем. Логическата връзка между проблемите на пациента и предприетите мерки за подобряване и/или запазване на неговото здраве се отразява в целите на обгрижването на пациента. Целта на дейността „Медицински патронаж в домашни условия“ е да се подобри здравето на пациента, той да се върне в нормалната си ежедневна среда, предоставяйки му необходимите грижи в домашна, позната и уютна за него атмосфера. Тази цел е далечна, дългосрочна и е максимумата, който може да достигне пациента. За изпълнението на тази цел, професионалистите по здравни грижи и обслужващият лекар, назначаващ лечението на пациента, поставят близки, краткосрочни цели, напр. за седмицата, за месеца и т.н.

В зависимост от ситуацията, респ. от здравното състояние на пациента, целите могат да бъдат запазване (поддържане) на начина на живот, рехабилитация и преодоляване (справяне) с проблемите.¹¹⁵

Запазването на здравето на пациента има за цел да предотврати влошаване на здравето. Това по правило засяга проблемни области, в които не е възможна рехабилитация. Целта на рехабилитацията е да подобри състоянието на пациента. Това са индивидуални стъпки, водещи до по-здравословен начин на живот, субективно и/или обективно се възприемат като такъв. Целите на преодоляването или справянето с проблемите се определят с приемането на промяна на определено състояние. При такава промяна пациентът се нуждае от психична

¹¹³ Съществуват различни видове проблеми: актуални, потенциални, генерални, индивидуални, както и скрити проблеми.

¹¹⁴ Weh, H. / Sieber, B.: Pflegequalität, München / Wien / Baltimor 1995, S 25

¹¹⁵ Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 32

сила, за да живее с факта, че трябва да приеме съответно и на етапи променената ситуация.¹¹⁶

След като тези стъпки са изпълнени, се определят дейностите по обгрижването. От информацията и анализа и предвид желанията на пациента се определят направленията за действие. Ресурсите на службата, извършваща „Медицински патронаж в домашни условия“, се балансира по отношение на разработената програма и плана за действие.

2.2 Избор на персонал

Конкретното търсене на услуги определя планирането на процеса на обгрижване и планирането на необходимия персонал. От друга страна планът се съобразява с вътрешната структура на изпълнителя.

2.3 Обгрижване

Дейността по обгрижването на пациента се изпълнява от медицински професионалисти съгласно получената и зададената информация от пациента и лекаря - плана на обгрижването и план-графика на съответните качествени и количествени аспекти. В научната литература за „Медицинския патронаж в домашни условия“ се срещат различни стандарти за работа.¹¹⁷

„Стандартите за обгрижването са общовалидни приети норми, които определят областта на задачите и качеството на грижата. Стандартите са определени по теми или дейности, каквото персоналът основно иска/трябва да изпълни в конкретна ситуация и как трябва да изглежда тази услуга.“¹¹⁸

Изискванията, които се поставят към стандарта за грижата са дефинирани от Световния съюз на медицинските сестри (ICN). Към тях спадат следните елементи:

- 1) Стандартите трябва да служат за постигане на твърдо определена цел.
- 2) Стандартите трябва да се основават на ясни дефиниции за професионалната дейност и отговорност.
- 3) Стандартите трябва да подкрепят възможно най-голямо развитие на професията в съзвучие с нейния потенциален обществен принос.
- 4) Стандартите трябва да бъдат достатъчно гъвкави и подробно разписани, за да изпълнят целта си и едновременно да дадат възможност за иновации, растеж и промени.
- 5) Стандартите трябва да подкрепят общо ниво на упражняване на професията и да окуражават за професионална идентичност и подвижност.

¹¹⁶ Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 32

¹¹⁷ Marhold, D. / Happe, K.: Pflegestandards – Pro und Contra, in Pflege & Gesellschaft, 4Jg., Heft 1, Februar / März 1999, S. 14 - 16

¹¹⁸ Stösser, A.: Pflegestandards – Erneuerung der Pflege durch Veränderung der Standards, 3., erweiterte und überarbeitete Auflage, Berlin /Heidelberg/New York 1994

- б) Стандартите трябва да признават равнопоставеността и взаимната обвързаност на професионалните групи, които предлагат необходими услуги.
- 7) Стандартите трябва да са формулирани така, че тяхното приложение и полза в професията да е улеснено.¹¹⁹

От гледна точка на рентабилността тези изисквания към стандартите на обгрижването не са достатъчни. За приложението им като ефективен инструмент при управлението на такава дейност, те трябва да се разширят в следните направления:

- 1) Насоки (директиви) за времето за отделната дейност, като мярка. Това спомага за планирането на заетостта на персонала, както и за точната калкулация на извършените дейности.
- 2) Насоки (директиви) за поведението на изпълнителите на услугата. Тези насоки гарантират обслужване, в центъра на което е поставен пациентът и неговото обслужване.

2.4 Документация и контрол на обгрижването

Документацията по обгрижването на пациентите трябва да се води професионално и непрекъснато. Изпълнителят на услугата трябва да гарантира, че при всеки пациент се води и съхранява подробна документация за представяне на актуалната информация. С тези мерки по отношение на документацията на изпълняваните дейности и конкретните условия при пациента дейността по обгрижването може да се управлява и контролира. В рамките на тази важна фаза могат да се изброят определени минимални предпоставки, свързани с подобен вид система на документиране. Препоръчително е следното съдържание на информацията:

- лични данни (име, фамилия, дата на раждане, осигурителен номер);
- име, адрес и телефон на лекуващия лекар;
- диагноза(и);
- анамнеза на грижата;
- график на обгрижването;
- протоколиране на протичането на дейността, като доказателство за изпълнението ѝ.

Съществува документална система, т. нар. Постоянен инструмент за оценка¹²⁰. Тази система е разработена в САЩ през 80те години на миналия век и днес се използва от много страни по света при грижите за болни, болни деца и възрастни и стари хора. Този инструмент обхваща първата фаза на оценка (приемане на пациента и предписване на лечението и грижите), диагностициране, определяне на приоритетите и оценка на резултатите (определяне успеваемостта). Специфичното на тази система е това, че тя дава информация за потребността на

¹¹⁹ Световния съюз на медицинските сестри, ICN

¹²⁰ R.A.I. (Resident-Assesment-Instrument)

пациента. Това позволява изготвяне на индивидуален план за обгрижването на болния, съобразен със специфичните потребности, изисквания и предпочитания.¹²¹

2.5 Администрация

Към администрацията се причисляват всички услуги, които не са в пряка връзка с пациента. Като основна задача със съответната тежест е отчитането на услугите. Изчисляването се генерира от една страна от изходните данни за пациента, а от друга от действително изпълнените дейности.

2.6 Маркетингови инструменти

В началото на дисертационния труд бяха описани и разяснени основите на дейността „Медицински патронаж в домашни условия“, както и на маркетинга.

Въз основа на теоретични и някои емпирични разсъждения тук ще разгледаме перспективите за по-нататъшно конкретизиране на маркетинга на дейността „Медицински патронаж в домашни условия“. Като рамка за това се използват познатите от научната литература инструменти на маркетинга. Както вече беше посочено в основите на маркетинга, при инструментите се прибягва до класическите области на политиките за обслужване, дистрибуция, комуникация и цена. Изследването на инструментите на маркетинга е съобразено също и в тази част главно с потребителите на услуги.

2.7 Продуктова политика

Основното значение на политиката на обслужване се изразява в това какви услуги се предлагат и как.¹²² Познатата продуктова политика от масовия потребителски маркетинг и инвестиционния маркетинг не може да се приложи към особената специфика на маркетинга на услуги.

В литературата различаваме политика на обслужване в тесен смисъл, която се позовава на програми за избор на алтернативи, и политиката на обслужване в широк смисъл. Тя съдържа освен това и следните области:

- политика на марката¹²³,
- обслужване на клиентите,
- политика по жалбите и
- политика на опаковането.

¹²¹ Garms-Hormolova, G.: RAI 2.0 – Resident Assessment Instrument. Huber, 2000

¹²² Meffert, H. / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997

¹²³ Branding

Успоредно с политическите решения, предвид тяхната значимост, се разглеждат също и политиката по жалбите, политика на марката и на обслужването на клиентите. Политиката на опаковането играе незначителна роля във връзка с дейността „Медицински патронаж в домашни условия“ и поради това не е предмет на изложението.

2.7.1 Продуктови-програми

Конкретното предлагане на услугата „Медицински патронаж в домашни условия“ зависи изцяло от проблема на пациента и произтичащите от него възможни решения. Удовлетворяването на потребностите на пациента може да се разглежда като две отделни значими области. Дейността „Медицински патронаж в домашни условия“ представлява от една страна съвкупност от основни, фундаментални услуги, а от друга страна - услуги, строго индивидуални за всеки пациент.

Основната, фундаментална част от програмата се състои от две измерения. Това са нейната „ширина“ и „дълбочина“. „Ширината“ предлага различните категории услуги, които пациентът може да избере и от които се нуждае. „Дълбочината“ описва различните варианти за изпълнението на една и съща услуга, решаваща един и същи проблем.

Индивидуалният подход на отделната услуга представлява възможността за определяне на услугата, нейните измерения. Тук се наблюдава широка свобода на действие, т.к. услугата може да бъде съотнесена към потенциала, към процеса и към резултата. Всеки пациент е строго индивидуален и логиката на дейността „Медицински патронаж в домашни условия“ изисква строго индивидуален подход към обгрижването на всеки един пациент, на всяко ниво.

Meyer и Dullinger различават две възможни изходни точки във връзка с поставянето на фундаменталното продуктово предлагане:

- отнесено към ресурса, респ. към потенциала и
- отнесено към стойността, респ. към ползата.¹²⁴

Прилагането, съобразено с ресурса, респ. потенциала, представлява набавянето и оборудването в/на организацията, предоставяща „Медицински патронаж в домашни условия“, на единствени по рода си и специфични ресурси (напр. служители с ноу-хау за тежки и проблемни грижи). Анализират се причините за предимствата на пазара на базата на ресурсите на организацията и се описват основните компетенции. Под понятието „основни компетенции“ се разбират свързаните комбинации от вътрешни за организацията особени способности и умения, които трябва да създадат полза за клиента.¹²⁵

¹²⁴ Meyer, A. / Dullinger, F.: Dienstleistungs-Marketing, Band 1, Stuttgart, 1998, S. 711 - 735

¹²⁵ Hinterhuber, H. H. / Handlbauer, G. / Matzler, K.: Kundenzufriedenheit durch Kernkompetenzen – Einige Potentiale erkennen – entwickeln – umsetzen, München – Wien, 1997, S. 36

При предлагането, ориентирано към стойността, респ. ползата, конкретното идентифициране на желанието и очакванията на пациента стои в центъра на разразботването на асортимента. Целта тук е да се достави услугата с най-голяма полза за пациента, което е решаващото предимство пред конкурентите. Основателната причина за този вид предлагане са изследванията, доказали че съществува верижна реакция при „ориентиране към клиента“ – „задоволство на клиента“ – „обвързаност на клиента“ – „печалба“.¹²⁶

Сравнявайки описаните по-горе възможности, се стига до извода, че успешната концепция е тази, която е ориентирана към ползата за клиента.

2.7.1.1 Изготвяне на програма с услугите „Медицински патронаж в домашни условия“

В тази глава ще бъдат разгледани отделни области на обслужване от „Медицинския патронаж в домашни условия“.

Алтернативни компоненти на обслужването

Към алтернативните компоненти на обслужването се отнасят:

- грижа за болен;
- грижа за стар човек;
- грижа за семейството;
- геронтопсихиатрична и/или психиатрична грижа;
- грижа за болни деца;
- индивидуално обслужване на най-тежко увредени хора;
- осигуряване на домакинството;
- транспорт на тежко болни и увредени хора;
- разнасяне на храна (храна на колела);
- система за повикване от дома;
- осигуряване на помощни средства при обгрижването;
- информация и консултации;
- психосоциални предложения;
- допълнителни услуги.¹²⁷

¹²⁶ Meffert, H. / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997, 144

¹²⁷ MAGS – Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: Ambulante Pflegedienste in Nordrhein-Westfalen Bestandsanalyse in typischen Regionen, Düsseldorf, 1995, S. 63

В научната литература често се срещат различни, но несистемно представени области на „Медицинския патронаж в домашни условия“. По-надолу се систематизират потенциалните съставни части на програмата за обслужване.

Най-общо под „грижа“ се разбира социалната грижа от човек към човек.¹²⁸

„Грижата за болен“ следователно може да се разглежда като отговорност за профилактиката, диагностицирането, лекуването и обгрижването на болния.¹²⁹

„Грижата за стари хора“ обхваща подобен спектър услуги, специално насочен към възрастните хора.

Често „Грижата за болен“ и „Грижата за стар човек“ е идентична.

При „Грижата за семейството“ областта на обгрижване е продиктувана от отсъствието на един или двамата родители в семейството. Тя се състои от контрол върху децата, като напр. водене на домакинството, възпитание и отглеждане на децата, както и обгрижване в случай на болест.

„Геронтопсихиатричната и/или психиатричната грижа“ спада към групата на специализираните грижи. Тя е насочена към последваща грижа и рехабилитация, както и към целенасочено професионално медицинско, терапевтично, обслужващо и психосоциално обгрижване на лица с психически проблеми и болести, особено при възрастните хора.¹³⁰

„Грижата за болни деца“ е насочена към особено нуждаещите се от обслужване остро и хронично болни деца и младежи.

При „Индивидуалното обслужване“ на най-тежко увредените хора (ISB) се касае за интензивно по време и персонал обслужване на хронично болни и увредени хора, при което основната тежест е оказване на помощ и/или извършване на услуги в ежедневието.

Под „Осигуряване на домакинството“ се разглеждат поемане, респ. оказване на помощ при отделни необходими и достатъчни дейности в домакинството.

Услугата „Храна на колела“ доставя храна в дома на пациента. Тук има различно по вид обслужване: от доставка на студена храна през възможност за затопляне на ястия до приготвяне на топла храна в дома.

„Системата за повикване от дома“ е техническата връзка за комуникация, която може да се задейства при необходимост от болния.

При „Облекчаване на домашната среда“ на пациента, респ. пригаждане към възможно най-удобната за него среда, се предоставят помощни средства за

¹²⁸ **Kruse M.:** Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 173

¹²⁹ Закон за здравето

¹³⁰ **Förstl, H.:** Lehrbuch der Gerontopsychiatrie, Stuttgart, 1997

грижите. Тук спадат болнични легла, специални столове за тоалетна, проходилки, катетри и т.н.

В сферата на информацията и консултациите организацията предлага подготвени лекари юристи и други професионалисти, които съветват пациента относно медицинските въпроси правните и другите обстоятелства.¹³¹

Към областта на „Психосоциалните дейности” спадат организиране на погребения, душевни грижи и индивидуална работа с членове на семействата. „Съпровождането при смърт” включва също и елемент на грижа, но тук е необходимо също и по-обширно обслужване през последната фаза на живота.

Към „Допълнителните услуги” се отнася голямо разнообразие от услуги, вкл. фризьорски услуги, педикюр и гимнастика за болни в дома.

Портфолио

По-горе бяха описани потенциалните услуги на „Медицинския патронаж в домашни условия“. Сега възниква въпросът за систематизирането им при изработване на портфолиото на организацията. Това изисква групиране на подобни услуги. Групирането е два вида: по отношение на търсенето - ползите за пациента, по отношение на предлагането - компетенциите на организацията.

Основната цел на „Медицинския патронаж в домашни условия“ е възможността за задържането на пациента в неговата домашна среда и гаранцията за подобряване на начина му на живот или в най-малко запазване на неговото здравно състояние. Това е предпоставката за двуполусно разглеждане на услугите. От една страна - домашните грижи, в дома на пациента, и от друга – грижите извън дома на пациента. „Медицинският патронаж в домашни условия“ предоставя и междинна услуга, която може да се изразява в това, пациентът да бъде откаран до лечебно заведение или др.

Портфолиото съдържа интегрирано предлагане от услуги „обслужващо пациента“ и личния принос, компетентност на служителите на организацията. Мениджмънтът на качеството и мениджмънтът на резултата имат за основа личната интеракция (взаимодействие) между служителите и пациента. В зависимост от вида на отделните области на обгрижване трябва да са налице специфични умения на професионалистите, за да се удовлетворят предпочитанията на пациентите.

Грижата за стари хора, за болни хора, геронтопсихиатричната и психиатричната грижа, грижа за болни деца, индивидуалното обслужване на най-тежко увредените хора (ISB), грижата за семейството и осигуряването на домакинството могат да се характеризират като силно ориентирани към пациента и провеждани в домашна обстановка услуги. Съставните части на програмата „Доставка на храна” (храна на колела), системата за повикване от дома и

¹³¹ Например съдействие при подаване на документи за ТЕЛК

осигуряването на помощни средства спадат към по-малко ориентирани към пациента, но провеждани в домашна обстановка услуги.

Информацията и консултациите са повече ориентирани към пациента, но не е задължително провеждането им в дома.

Транспортът е ориентиран към пациента и не се провежда в домашна обстановка.

Услугите като психосоциалните грижи и другите допълнителни услуги по правило са повече ориентирани към пациента, могат обаче да се предложат и извън домашната среда.

С помощта на тези характеристики може да се направи индивидуален анализ на предпочитанията по отношение на търсенето. За да се осигурят услугите, ориентирани към пациента, трябва да се отдаде специално внимание на професионалното обучение на служителите. При анализиране на силните и слабите страни на организацията ще изпъкнат нейните компетенции. При слабите страни фокусът пада върху отдаването на дейностите и услугите на външни доставчици, аутсорсинг.

2.7.1.2 Услуги, извършвани с индивидуален подход

Поради спецификата на маркетинга на услугите, различен от този на стоките, продуктовата политика за индивидуалност на обслужването се разделя на три части. Това са:

- нивото на потенциал;
- нивото на изпълнение на процеса; и
- нивото на резултата.¹³²

Тези три области са изходните точки за взимане на решения относно политиката на обслужване. Главен проблем при разработването на индивидуалния подход е недостигът и дори липсата на финансов ресурс от голяма част от нуждаещите се от такива грижи.

В тази връзка можем да съпоставим две измерения: обгрижването на пациента от гледна точка на финансовия ресурс, съотнесено към нивото на потенциала на служителите, техните умения. Изхождайки от това можем да разграничим еднакви по вид, но различни по качество (изпълнение) услуги. Така напр. измерването на кръвно налягане се практикува най-често от медицинската сестра, но при желание на пациента и осигурен финансов ресурс тази услуга може да бъде съпътстваща към лекарската консултация за проследяване на здравното състояние на пациента.

¹³² **Bieberstein, I.**: Dienstleistungs-Marketing, 2. Auflage, Kiel, 1998, S. 184

Друг пример за индивидуален подход са критериите за диференциране и образуване на групи на отделните услуги на грижи при различен разход на време за работа. Така едно рутинно действие може да бъде съпроводено от едночасов разговор за разведряване на пациента или кратка разходка на открито. Това разграничаване по отношение на вложеното време се прави на ниво мениджмънт на организацията.

Обгрижването, заместващо болничния престой на пациента, е основна грижа, която е възможна с цел избягване, съкращаване или заместване на престоя в лечебното заведение. Номенклатурата може да бъде набор от основни грижи, но така също и съпътстващо обгрижване.

Осигуряването на домакинството представлява, заедно с основната грижа и грижата при лечение, една номенклатура от услуги, които трябва да подпомогнат пациента да продължи да води домакинството си. Към нея се отнасят услуги като:

- готвене на храна, респ. подготовка на доставената храна;
- уреждане на належачи покупки;
- поднасяне на храна;
- измиване на съдове, изхвърляне на боклук;
- всички хигиенни дейности в стаята на болния (например почистване, дезинфекция на леглото, смяна на спално бельо на болния и т.н.).

Този вид дейности се изпълняват от обучени за целта служители, като в специфични случаи не е изключено участието на диетолози и други специалисти в тази област.

Психиатричната грижа заема специално място в дейността на „Медицинския патронаж в домашни условия“. Във връзка с това се прави профилиране във връзка с формиране на група на психиатрично променените пациенти. За изпълнението на тези услуги е необходимо специализирано лекарско предписание. За разлика от останалите грижи това предписание обаче трябва да се издаде от лекар-специалист (нефролог/психиатър). Също и с оглед на служителите се поставят специални изисквания. Следователно, психиатричната грижа в дома може да се изпълни само при определени условия и предпоставки. Услугата трябва да се изпълни само от лице със квалификация „Медицинска сестра“, „Педиатрична медицинска сестра“, „Геронтологична медицинска сестра“. Освен това персоналят трябва да притежава държавно призната квалификация за специализирана медицинска сестра по психиатрия или по геронтопсихиатрия, с професионален опит в стационарната психиатрична и геронтопсихиатричната област или в допълващата област.

За основа на финансовия анализ и изчисление обгрижването на пациента може да се раздели на модули, като за всеки модул се избере коефициент на компетентност. Този коефициент определя нивото на умения, стаж (опит) и

квалификация на служителя. Могат да се различат четири основни модула с тенденция и за повече при по-диференцирано представяне на дейностите:

- основни грижи;
- осигуряване на домакинството;
- консултация;
- придружаване, пътни разходи, документация.

Измерението „компетенция” описва компетентността, умението за грижи, която се обозначава с помощта на индикатора „Структурна квалификация на персонала”. Делението е на „ниска”, „средна” и „висока” квалификация.

Ако се подредят посочените категории на компетентност и се разделят по отношение на вида на услугата, могат да се разработят класификатори на услугите.

2.7.1.3 Приложение на различни варианти на програми за обгрижване

Основните насоки за промяна в една програма за обгрижване са показали цитираните по-горе изходни точки за „ширината” и ”дълбочината” на програмата. В рамките на алтернативите на разширяването и свиването на програма за услуги могат да се изберат четири основни стратегии:

- диференциране на услугите;
- стандартизиране на услугите;
- диверсификация (разширяване на продуктовото предлагане чрез нови продукти); или
- специализиране.¹³³

Диференцирането на услугите представлява стратегия за разширяване в рамките на ”дълбочината” на програмата. По този начин се преследва целта чрез развиване на нови или чрез допълване с познати услуги да се постигне по-добро нагаждане към целевите групи. Това е така нареченото ”адаптиране на услугите”.¹³⁴

Според описанието, под **диверсификация** се разбира приемането на услуги, близки да необходимите или други, които не са в никаква директна връзка с досегашното поле на дейност. Тук се използва методът Cross-Selling, като чрез него се комбинират свойствата, качествата на услугите и по този начин се намаляват рисковете за цялата организация. При диверсификацията може да се прави разлика между вертикална, хоризонтална и странична (латерална) диверсификация. Характерно за хоризонталната диверсификация е насочването

¹³³ **Bieberstein, I.**: Dienstleistungs-Marketing, 2. Auflage, Kiel, 1998, S. 180

¹³⁴ Customization

към настоящите пациенти, които се намират на еднакво икономическо ниво. При вертикалната диверсификация се приемат услуги с офертно портфолио, които се изместват напред или назад спрямо досегашната услуга. Страничната диверсификация не посочва нищо общо с досега разглежданото поле на действие. Причини за такъв вид работа могат да бъдат разсейване на риска, добри изгледи за печалба, както и лични (персонални) предпочитания на дадена организация за „Медицински патронаж в домашни условия“.

По-разгънат пример на вертикална диверсификация в рамките на разширяването на услугите може да се даде при следните разновидности:

- дневна или нощна грижа,
- кратковременна грижа,
- стационарна грижа.

При дневната или нощната грижа става дума за частично стационарно настаняване, когато организацията не може да гарантира услугите в достатъчен обем.

Кратковременната грижа напълно се осъществява в стационарна организация. Това се отнася за период от време при настаняване на пациента за стационарно лечение, поради кризисна ситуация, при която временно не е възможно или не е достатъчно оказването на домашна или частична стационарна грижа.

Пациентът може да поиска стационарна грижа, когато не са достатъчни мерките при домашните и частично стационарни грижи. При стационарните организации по правило се касае за старчески домове и домове за полагане на грижи.

Чрез тази диверсификация извън оставането в домашна среда може да се предостави безпроблемно настаняване в лечебно заведение. Пациентът има необходимост от гаранция за достъпност, постоянно разположение и извършване на услугите 24 часа на ден. Ако се отнесат тези фактори към контекста на научната работа, подобен спектър от услуги може да предложи обширна оферта във връзка с осигуряването на гаранция за пациента.

Стандартизирането на услугите има за цел стесняване (ограничаване) на „дълбочината“ на програмата. Чрез стандартизирането на услугите се ограничава свободата за избор от страна на клиентите.

Като четвърта основна стратегия може да се посочи **специализирането**. В хода на тази стратегия фокусирането на ресурсите пада върху определени области, следователно това е стесняване на „ширината“ на програмата.

Дадена стратегия за специализиране означава оказване на услуги, стъпващи върху вече доказано печелившо ядро. На преден план е изведена ползата за

клиентите, специалните умения и компетенции на служителите, организацията получава сигурна предпоставка за успех. Като основа за подобни решения може да се приложи анализ с помощта на Conjoint Measurement. С помощта на този метод се изследва ползата за пациента и посочената в тази връзка готовност за оценяване и заплащане на отделните услуги.

Вид специализиране може да бъде конкретно лечение или комбинация от услуги, които имат заместваща роля и са по-евтина форма на обслужване.

Друг вид специализация е тази от професионално естество. Това означава насочване към по-голям опит и гарантиране на по-висока компетентност на служителите и изпълнение на услугите. За целта е необходимо и прилагане на пълната номенклатура от услуги. Така избраната стратегия на специализиране осигурява гаранция, че качеството на потенциала на персонала е на много високо ниво.

В научната литература еднозначно се определя изборът на организация за „Медицински патронаж в домашни условия“ в резултат на препоръка от болницата или от личния лекар. Чрез стратегията на специализиране организацията може да получи уникално предложение за продажба (USP) от гледна точка на тази група. Това е съществено конкурентно предимство по отношение на привличането на нови клиенти.

При стратегията на специализиране често се среща аутсорсинг на някои услуги, които организацията не може да реализира или да изпълнява качествено, поради приоритизиране на другите дейности. Това е така нареченото „Make or Buy“ – решение. Дали организацията да реализира обслужването или да го прехвърли върху друг доставчик на услуги? Според Porter смисълът на това решение е в сравнението между разходите и ползите на тази вертикална интеграция. Ако приложим обаче асоциативния подход, ще намерим и друг начин на решение на проблема. А именно чрез коопериране. Ако дейността, която организацията иска да продаде, е изпълнима за нея, но не с очакваното качество, но в същото време е от изключително значение за пациента, логично и стратегическо решение е кооперирането и по този начин - контролирането на изпълнението.

Въз основа на специалните компетенции първо трябва да се изясни критерият на изчислимост на услугите. Причините за това бяха разяснени по-горе. Въпросите на „Make or Buy“–решението или кооперирането тук се прибавят към обстоятелствата, които се нуждаят от законово регулиране. Качеството на изпълнение трябва да бъде задължително регулирано по отношение на организациите (доставчиците на услуги). При специализирането, след формулиране на потребността за пациента и на финансирането на услугата, трябва да определят вътрешните способности и компетенции на организацията. Изхождайки от разработеното по-горе основно въведение на компонентите на услугите и на структурната квалификация на персонала, критерият на

изчислимост на услугите следва да се отнесе към договорно регулираните позиции. Накрая, решението за изпълнение, респ. изпълнение от друг, на части от услугата играе съществена роля.

Изхождайки от обща основа, описани бяха избрани стратегии, като варианти за програмната политика на услугата. При това потенциалното ниво с конкретните измерения на квалификацията на служителите образува основната изходна точка. Представени бяха специализирането на организация за „Медицински патронаж в домашни условия“ в изпълнение на видовете специфични услуги при прилагане на „Make or Buy“-решението. В рамките на диверсификацията бяха разяснени възможностите за действие.

2.7.2 Мениджмънт на оплакванията

Пазарно ориентираната организация за „Медицински патронаж в домашни условия“ трябва да съсредоточи вниманието и усилията си в посока задоволяване на потребностите на пациентите и постигане на висока удовлетвореност. Несъответстващите на очакванията на пациента услуги водят като резултат до неудовлетвореност. Изхождайки от това, че в своята среда пациентите говорят в значимо по-голяма честота на „лош опит“, отколкото за „добър“, наложително е да се обърне специално внимание на мениджмънта на оплакванията. Личният лекар на пациента е един от основните източници за привличане на нови клиенти. Настоящите пациенти на организацията обсъждат с него получените услуги. Негативните мнения на пациентите пред лекаря биха могли да имат голямо въздействие, тъй като лекарят действа като мултипликатор. От голямо значение за пациента е да знае, кой в организацията отговаря за оплакванията. По отношение на приемането на жалбите е важно те да се приемат по адекватен начин. Тази дейност обхваща планиране, провеждане и контрол на всички мерки, които взема една организация във връзка с оплакванията на клиентите.¹³⁵

Първа и главна цел на политиката по оплакванията е възстановяване удовлетвореността на пациента. Това е шансът за подобряване на обслужването, а защо не и въвеждане на иновативни методи и нови услуги. Тази положителна перспектива е изключително важна, тъй като един клиент може да предприеме още по-драстични действия (алтернативи) за възстановяване на състоянието си на удовлетвореност. Така той може, без да подаде жалба да смени доставчика на услугите.

Позовавайки се на Stauss, можем да отбележим различни важни частични цели за тази политика:¹³⁶

- създаване на удовлетвореност от подадена жалба, която се разглежда като основа за подобряване на отношението, връзката с пациента и вярност към „марката“¹³⁷;

¹³⁵ Stauss, B.: Beschwerdemanagement, Handbuch Dienstleistungs-Marketing, Band 2, 1998, S. 1352

¹³⁶ Stauss, B.: Beschwerdemanagement, Handbuch Dienstleistungs-Marketing, Band 2, 1998, S. 1257

- избягване на алтернативни разходи, възникващи когато недоволни клиенти избират действия като смяна на доставчика, включване на организации за защита на потребителите, медийни изяви;
- реализиране и наблягане на ориентирана към пациента стратегия;
- извличане на допълнителни рекламни ефекти чрез инициране на положителна лична комуникация на мениджъра по оплакванията;
- оценяване и внедряване на съдържащата се в жалбата информация за целите на контрола и подобряването на качеството, както и за идентифициране на пазарните шансове;
- намаляване на вътрешните и външни разходи заради допуснати грешки.

Директният процес на мениджмънта на оплакванията е представен на фиг. 4.

Фиг. 4. Задачи на мениджмънта по жалбите.¹³⁸



При *стимулиране на жалбите* трябва да се стимулират активно пациентите, изхождайки от обяснените възгледи, че оплакванията винаги служат като изходна точка за един процес на подобрене и нововъведение. Неудовлетвореност настъпва, когато съществува по-малка или по-голяма разлика между очакваните и действително извършените услуги. Служителите в този отдел трябва да бъдат чувствителни към промяната и внимателно да извлекат информацията от пациента. Ръководителят също може да допринесе чрез

¹³⁷ В случая към организацията за „медицински патронаж в домашни условия“

¹³⁸ Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 196

посещения при пациента и да се опита да разпознае състоянията на неудовлетвореност.

Приемането на жалбите е първият контакт на жалбоподавателя със служителя. На практика жалбите се подават в преобладаващата си част при оперативно действащите служители или по телефон. Основополагащо за стратегическите цели на организацията е необходимостта от обучение на служителите по социалната психология, за да могат да се справят адекватно с възраженията на пациентите.

Обработката и реакцията на жалбите е структуриран процес в рамките на организацията за „Медицински патронаж в домашни условия“. Задължително е определянето на срокове и контролирането им. Една неразгледана или недобре разгледана жалба може при определени обстоятелства да влоши повече състоянието на неудовлетвореност на пациента.

Оценката на жалбите е важна, но същевременно и трудна дейност. Тя обхваща анализа на качествената и количествената информация, съдържаща се в жалбите. Тук се наблюдават различни видове фактори на влияние. Това могат да бъдат ситуационно обусловени „невидими норми“ и закономерности, които трябва да се вземат предвид в домашното обкръжение на пациента. Заедно с тези определящи фактори жалби могат да предизвикат също и житейски обстоятелства, които са по-малко свързани със самата организация и служителите ѝ, а много повече произхождат от личната неудовлетвореност на пациента от собственото си състояние. Освен това още по-трудно се класифицират и жалбите на пациенти с психопатологични проблеми и болести.

Контролът при мениджмънта на жалбите проверява от една страна ефективността на поставените задачи и тяхната успеваемост, а от друга страна се осъществява контрол на разход-ползата - за анализиране на ефективността от цялостния мениджмънт на жалбите.

Политиката на оплакванията е важен регулатор на продукта, особено при нематериалността на услугите по полагане на грижи. Политиката по жалбите може да се разглежда също и като инструмент за гарантиране на качеството. Освен това с оплакванията могат системно да се анализират предпочитанията на клиентите и по този начин да се формулират изходни точки за модификации в политиката на услугите.

2.7.3 Политика по обслужването

По-горе бяха обяснени основните услуги на една организация за „Медицински патронаж в домашни условия“. Заедно с основните услуги могат да предлагат и допълнителни услуги. Те могат да се дефинират като услуги, допълващи обслужването. Под „Политика по обслужването“ се разбира планирането, провеждането и контролът на всички дейности и мерки, които не са

необходими за оказването на основната услуга от клиента, но които улесняват потреблението.¹³⁹

На преден план стоят преди всичко афективни и конативни (поведенски) цели. Към конативните цели се причисляват повишаването на обвързаността на клиента и положителното влияние на устната пропаганда. Подобряването на имиджа, специализирането срещу конкуренцията, повишаването на удовлетвореността на клиентите и моделирането на предпочитанията се причисляват към афективните цели.

Стратегиите за осъществяване на тази политика могат да се развият за отделните области на обслужването - на ниво потенциал, процес и резултат, адекватни за отделните етапи на обслужването:

- преди използване на услугата
- по време на използване на услугата
- след използване на услугата.¹⁴⁰

Условието за конкретен час за изпълнение на услугата се отнася за етапа *преди използване на услугата* и обхваща областта на *потенциала*. Определя се точното време на обгрижването през деня. Като стратегията, насочена към *процеса*, е възможно да се добави информирането на пациента относно протичането на самото обгрижване. Информацията за други услуги обхваща мерки за обслужването, свързани с *резултата*.

По време на оказването на услугата предлагането на кърпа за ръце на пациента, например, може да се разгледа като допълнителна услуга. По отношение на *процеса* провеждането на обучение, като например обясняване на специалните техники за повдигане на пациента по различен повод, намалява стреса от неизвестност. Като подобряване на *резултата* се разглежда изхвърлянето на боклука.

След използване на услугата, гаранцията се счита за особено важна за *процеса* и *резултата*. Тъй като е невъзможно да се дадат гаранции за достигане на медицинските цели и целите на обгрижването, смислена и осъществима е гаранцията за точно изпълнение на услугата.

2.8 Дистрибуционна политика

Дистрибуционната политика обхваща отделните мерки на организацията, за да направи продукта лесно достъпен и на разположение за клиента. Дистрибуционната система свързва точката на разработване на продукта с точката на неговото потребление. За различните браншове мястото и времето са еднакви фактори на влияние.

¹³⁹ Bieberstein, I.: Dienstleistungs-Marketing, 2. Auflage, Kiel, 1998, S. 246

¹⁴⁰ Bieberstein, I.: Dienstleistungs-Marketing, 2. Auflage, Kiel, 1998, S. 246

Дистрибуционната политика дава решения, ориентирани към процеса, осъществяването на услугата и от друга страна, както и към дейността. Процесуално-ориентираните решения зависят от избора на физическото движение на продукта. В тази връзка се говори за логистична система. Ориентирането към дейността е тясно свързано с избора на посредника на продажбата. В този случай се говори за пътища на разпространение, продажби.

В научната литература се срещат три решения за избор на дистрибуционна политика:

- избор на система на дистрибуция (централизирана срещу децентрализирана),
- избор на форма на дистрибуция (собствен срещу чужд орган за продажба),
- избор на път на продажбата (директна срещу индиректна продажба).¹⁴¹

Критериите за взимане на решение са също така и величини, като разходите за продажба, разликата между цените на едро и дребно, степента на дистрибуция, имиджа на каналите за продажба, готовността за коопериране, продължителността на построяването на дистрибуционния канал и гъвкавостта, както и влиянието и степента на контрол на каналите за продажба.¹⁴²

Нематериалността на „Медицинския патронаж в домашни условия“ и невъзможността от складиране на продукта играят решаваща роля за дистрибуционната политика. Организацията трябва да гарантира готовността на потенциала за извършване на услугата. Поради това дистрибуционната система трябва да се изгради така, че да може да се изпълни услугата във времето и мястото в съответствие с желанието на клиента. Това от друга страна обуславя постоянна готовност за доставка.

2.8.1 Инструменти

Към инструментите на дистрибуционната политика спадат изборът на канал за продажба и решенията във връзка с логистичната система.

2.8.1.1 Канал на продажби

При избора на канала за продажба се прави разлика между директен и индиректен канал.

Директната продажба се характеризира с включване на определени етапи на търговия, които служат като посредници на продажбата. Поради нематериалност на продукта няма възможност за индиректна продажба на тези услуги. При избора на индиректен път на продажба стремежът е да се предадат определени функции на посредниците на продажбата. Тук спадат:

¹⁴¹ Meffert, H.: Marketing Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele; Wiesbaden 1998, S. 582

¹⁴² Kotler, P. / Bliemel, F.: Marketing – Management Analyse, Planung, Umsetzung und Steuerung, 9. Auflage, Stuttgart 1999, S. 828

- функция на продажба,
- функция на консултация,
- функция на комуникация,
- функция на свързване на пространства,
- функция по жалбите и
- функция на номенклатурата.¹⁴³

Тъй като домашните грижи се определят особено много от индивидуализираността на обезпечаването, почти е невъзможен индиректен пласмент, тъй като външен човек, без връзка със структурата на организацията, едва ли би могъл да поеме тази функция. Ако, освен това, се помисли например за включване на лекар с представителство като една потенциална индиректна форма на дистрибуция, то тук роля играе правният ред, който изключва тази възможност. Препоръките от пациенти на пациенти не се определят като индиректна дистрибуция. Тук става дума за вид устна пропаганда (от уста на уста).

Директната продажба е директният път на услугата между организацията и потребителя.¹⁴⁴ Тук не се включват никакви самостоятелни посредници на продажбата. Според особеностите на „Медицинския патронаж в домашни условия“ директната продажба е доминиращата форма.

2.8.1.2 Система на логистика

Логистичната система координира реалното движение на услугите между доставчика и потребителя. Във фазата на предварителното производство това е транспортирането на потенциала (служители и съответните материални ресурси) към мястото на извършване на услугата - дома на пациента. Основополагащо решение е транспортирането на правилния потенциал на правилното място. Главната задача за натоварените с координацията служители се състои в това да осигурят подходящите кадри на правилното място при правилния пациент (съгласно неговото желание).

Заедно с това, решение трябва да се търси и за следните аспекти:

- избор на местоположение на офиса,
- съхранение на склад на материалните ресурси и фактори и

¹⁴³ Meffert, H. / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997, 434

¹⁴⁴ Becker, J.: Marketing-Konzeption – Grundlagen des strategischen und operativen Marketing-Managements, München, 1998, S. 528

- транспорт на материалните ресурси и фактори.¹⁴⁵

Основно дългосрочно решение е изборът на местоположението, където трябва да се извършва услугата. В тесен смисъл решението за позициониране на местоположението на организацията за „Медицински патронаж в домашни условия“ се ограничава до избора на мястото, където се осъществява координацията на логистиката и управленско-техническите процеси. Помещенията на офиса имат също и задачата да съхраняват необходимите материални и медицински помощни средства за изпълнение на услугата. Също така в офиса могат да се провеждат и оперативните срещи. В широк смисъл с решението за местоположение е свързан въпросът на каква географска територия ще се извършва услугата. За оценка на местоположението като критерии могат да бъдат използвани различни групи фактори, например структурни (големина на обслужваната територия), свързани със средата на потребителя (например качество на средата, достъпност) и свързани с пространството (например разходи за помещение, качество на помещението).

Непосредствено влияние върху пациентите на организацията оказват броят и плътността на населеност на дадената територия на покритие. В тази връзка може да се анализира възрастовата структура на съответната територия. Използването на синергични подходи, например позициониране на координационен и дори управленски център в сграда или в близост до концентриране на много пациенти.

Съхранението на материалните ресурси е възможно под различна и по-гъвкава форма. Те могат да се съхраняват в административния офис, в колата на съответния служител или в дома на пациента.

С ефективното организиране на дейността „Медицински патронаж в домашни условия“ е свързана необходимостта от транспортиране на служителите до мястото на извършване на услугата. Транспортът се извършва чрез подходящи технически средства за придвижване, като леки автомобили.

2.9 Комуникационна политика

Комуникационната политика може да се разглежда като активно отражение на представената на пазара информация. Представянето на имиджа на организацията за „Медицински патронаж в домашни условия“ трябва да се осъществи чрез адекватна политика на комуникация. В този смисъл тук се определя нейната посока като подкрепяща продажбата политика.

Предмет на комуникационната политика са всички мерки, които оказват влияние върху възприемането и поведението на целевите групи. Съгласно това могат да бъдат въведени четири направления на комуникационната политика:

¹⁴⁵ Meffert, H. / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997, 438

- Реклама,
- Стимулиране на продажбите,
- Обществена дейност и
- Лична продажба.¹⁴⁶

2.9.1 Основни аспекти и цели на комуникационната политика на организацията за „Медицински патронаж в домашни условия“

Изхождайки от нематериалността на услугата и произтичащите от това вторични елементи следва, че комуникативната презентация на услугите по грижите се характеризира с твърде бедно представяне. В сравнение с материалните блага не могат непосредствено да се визуализират отделните съставни части, което усилва субективно високия риск на клиента от покупката. Задачата на комуникационната политика се състои в използването на комуникационни специфични елементи и послания, които влияят върху очакванията на клиента.

Едно от очакванията на пациента е точността на служителя. Това е решаващ критерий за качеството на обслужване. Една организация би могла да постави това обстоятелство в центъра на своите съдържателни послания, при което да гарантира явяването на служителя при пациента до не по-късно от 10 минути от уговореното време. Стратегията започва с това, тъй като клиентите виждат в това решаващ критерий при избора на доставчик. Въз основа на недостатъчното планиране и условията на околната среда това условие по отношение на услугата не винаги може да бъде спазено. Тъй като обаче очакваната услуга е била подвеждащо преувеличена, при неизпълнението ѝ рязко се повишава неудовлетвореността на пациента. Както вече беше установено, недоволният пациент споделя по-често това в своето обкръжение, отколкото удовлетвореният. Това би могло да има негативно въздействие при устната пропаганда по отношение на обслужващата организация. Следователно в случая комуникационната политика действа контрапродуктивно. Примерът трябва изрично да покаже, че при формулиране на целите на комуникацията не трябва да се стига до асиметрия между посланието и действителната услуга.¹⁴⁷

Към инструментите на комуникационната политика трябва да се вземат под внимание особеностите на поведението на потребителите, особено на възрастните лица.

Фиксирането на целите на комуникацията е необходима предпоставка за взимане на решение за проблемите на планирането и комуникационните инструменти.

¹⁴⁶ Съществуват и други инструменти като например спонсорство, събитийен маркетинг, конференции и т.н.

¹⁴⁷ **Kruse M.:** Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 214

Meffert и Bruhn въвеждат различни изисквания към целите на комуникацията:

- висша цел е интеграцията на комуникацията;
- целите на комуникацията трябва да са съгласувани със стратегическите и маркетингови цели;
- чрез приоритизиране на целите може да бъде опростено приложението на отделните инструменти;
- целите трябва да се формулират специфично за всяка целева група;
- целите трябва да се съставят оперативно по отношение на съдържание, мащаб, време и сегмент на подреждането им към отделните комуникационни инструменти;
- накрая целите трябва да имат задължителен характер и да са изпълними.¹⁴⁸

Заедно с поставянето на икономически цели като величините „оборот“, „печалба“, „рентабилност“ и „разход“, психологическите комуникационни цели имат голямо значение. Към тях принадлежат поставянето на цели като познавателно ориентираните цели, афективно ориентираните цели и конативно ориентираните цели. На фиг. 5 е показано как могат да бъдат изпълнени отделните насоки на целите с подцели.

Фиг. 5. Психографски цели на комуникацията.

Познавателно ориентирани	Афективно ориентирани	Конативно ориентирани
<ul style="list-style-type: none">- успех при влизане във връзка и контакт- въздействие върху вниманието- въздействие върху спомените- функция на информацията	<ul style="list-style-type: none">- въздействие върху чувствата- позитивно настроение- събуждане на интереси- въздействие върху имижда	<ul style="list-style-type: none">- предизвикване на покупателни действия- влияние върху информационното поведение- влияние на поведението при последващи препоръки

Особено важна роля за „Медицинския патронаж в домашни условия“ играе поставянето на познавателно ориентираните цели.

От гореизложеното могат да се изведат най-важните изисквания към комуникационната политика:

- отнасяне на политиката на комуникация специално към политиката на качеството;
- отстраняване на дефицита на материализиране чрез подходяща комуникация;

¹⁴⁸ Meffert, H. / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997, 350

- профилиране чрез емоционална комуникация;
- създаване на доверие и имидж.¹⁴⁹

За възможностите на изпълнение на тези цели се изследват отделните инструменти.

2.9.2 Инструменти на комуникационната политика

2.9.2.1 Реклама

Един от най-често използваните инструменти на комуникационната политика е рекламата. Под понятието „реклама” най-общо се разбира „всеки вид на нелично представяне и подкрепа на идеи, стоки или услуги от еднозначно идентифициран възложител чрез включване на медии.”¹⁵⁰ Scharf и Schubert поставят в своята дефиниция елемента на масовата комуникация още по-ясно на преден план и характеризират рекламата „като нелична форма на масовата комуникация, при която чрез включване на рекламни средства в платени рекламни институции се прави опит за установяване на комуникация със специфични за предприятието целеви групи, за да им се повлияе.”¹⁵¹

Изображение на рекламното послание

За вземане на решение за официалното и съдържателното изображение на рекламните послания играят роля следните съставни части:

- Формални аспекти на изображението:
 - обхват на количеството информация;
 - скорост на представянето; и
 - прилагане на картина и/или текстови части.
- Съдържателни аспекти на изображението:
 - изграждане и аргументация на рекламното послание; и
 - видове изображения на посланието.

Формални аспекти на изграждане на рекламното послание

Във връзка с *обхвата на количеството информация* има две противоположни насоки на целите. От една страна, чрез рекламата трябва да се компенсират недостатъците от нематериалността на услугите чрез подходящи мерки. От друга страна, при промени в познавателните процеси на пациента, особено на така наречените „скоростни функции”, се стига до претоварване с

¹⁴⁹ Meffert, H. / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997, 350

¹⁵⁰ Kotler, P. / Bliemel, F.: Marketing – Management Analyse, Planung, Umsetzung und Steuerung, 9. Auflage, Stuttgart 1999, S. 973

¹⁵¹ Vakratsas, D. / Ambler, T.: How advertising Works: What do we really know?, Journal of Marketing, Volume 63, Number 1, January, 1999, S. 26 - 43

информация. Ефективността на преработката на информация може първоначално да бъде повишена чрез висококачествена информация. Ако се надхвърли обаче една определена граница, възниква информационно претоварване. Въз основа на това следва, че фокусирането върху ключовата информация играе решаваща роля, особено при групата на възрастните и тежко болните хора.¹⁵²

При *скоростта на представяне* подходящи изходни точки са познавателните аспекти. Тъй като скоростта на приемане на информация намалява с възрастта и при влошено здравно състояние, тук са особено засегнати външно управляваните мерки по рекламата. „Външно управлявани” означава, че получателят на посланието не може да влияе върху скоростта на информационното изложение. Такъв е случаят с телевизионните реклами и радиорекламите.

Прилагането на картина и/или текстови части при формалните аспекти, особено по отношение на количеството информация, изисква особено внимание. Така много ефективно се оказва представянето на съществената ключова информация чрез картини. Във връзка с картините и текстовете Kroeber-Riel и Weinberg установяват, че паметта за информация в картини е съществено по-добра от паметта за информация в устна форма. Това важи както за обикновените, така и за сложните устни и картинни дразнителі.¹⁵³

При рекламата, насочена към възрастните хора, трябва да се обърне внимание на дефицитите във възприятията на пациентите. В напреднала възраст често не е възможно четене и писане без очила. Тъй като те не винаги са под ръка, текстовата и картинната информация трябва да бъде представена така, че тя да ограничава възможно най-много тези дефицити.¹⁵⁴

По отношение на цветното изображение Kruse констатира, че по-възрастните хора възприемат и различават по-добре червения от жълтия цвят в сравнение със синия от зеления цвят. Гланцирана хартия на печатни рекламни материали би затруднила четенето и следва да се избягва.

Съдържателни аспекти на изображението

При изграждане на рекламното послание трябва да се имат предвид цяла поредица от гледни точки. Ключовата информация трябва да е основата на рекламата. Тя трябва да е ясна и проста, като се избягват чужди думи.

Следва да се обърне внимание на обстоятелството, че важната информация и нейното представяне са косвени. Това е съществено условие, тъй като по-възрастните хора, обратно на по-младите, имат повече трудности при отдиференциране на важната от маловажната информация и аргументите. Както

¹⁵² Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 219

¹⁵³ Kroeber-Riel, W. / Weinberg, P.: Konsumentenverhalten, 6. Auflage, München, 1996, S. 346

¹⁵⁴ Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 220

беше споменато по-горе от особено значение за удовлетвореността на пациентите са следните критерии:

- дружелюбност на служителите;
- постоянно разположение и достъпност;
- 24-часово обслужване;
- поддържан външен вид на служителите;
- достатъчно време при изпълнение на услугата;
- професионален опит на служителите;
- възможно най-малка смяна на персонала; и
- спазване на точно уговореното време за изпълнение на услугата.

В рекламното послание може да се представи в подходяща картинна форма почти цялата информация, свързана с персонала. По този начин нематериалността на услугата „Медицински патронаж в домашни условия“ се материализира чрез изобразяването на лица.

При картинното визуализиране трябва да се подбере внимателно актьор, който е атрактивен за възрастните хора, така че пациентът да се идентифицира с него. Според автопортрета на повечето възрастни хора те не изглеждат стари, а се идентифицират по-скоро с по-младите рекламни актьори.¹⁵⁵ Тук трябва да се подходи много внимателно при избора на актьор(и), за да не се изопачи достоверността на предлаганите услуги.

След представяне на важните аспекти на съдържанието ще разгледаме аргументацията на рекламното послание. Съществуват различни теории по отношение на въпроса за мястото на решаващата информация – в началото или в края на посланието.¹⁵⁶ Това зависи най-вече от структурата на рекламното съдържание.

Видове изразни изобразявания

Изобразяването на рекламата обхваща три главни групи:

- рационална, информираща, аргументираща реклама;
- емоционална, ориентирана към преживяването;
- комбинации от рационална и емоционална реклама.¹⁵⁷

При рационалната реклама на получателя се предоставя съществена информация относно предмета на дейност. Този вид реклама е силно свързана с

¹⁵⁵ Schulze, B.: Kommunikation im Alter Theorien – Studien – Forschungsperspektiven, Oplanden, 1998, S. 152

¹⁵⁶ Интерферентна теория, Climax-Order

¹⁵⁷ Becker, J.: Marketing-Konzeption – Grundlagen des strategischen und operativen Marketing-Managements, München, 1998, S. 573

продукта. За организация, предоставяща „Медицински патронаж в домашни условия“, съществена роля за рекламното послание играят броят на специалистите, тяхната квалификация и специфичните умения при обгрижването. Информативната реклама се показва винаги тогава, когато получателят показва висока ангажираност. Освен това този вид реклама може да допринесе и за отстраняването на потенциално високия субективен риск на пациента от закупуването ѝ. Логично е да се мисли, че на информативната реклама се отрежда доминиращо място.

Ако при отделните организации за „Медицински патронаж в домашни условия“ не може да се открият значими разлики, препоръчва се прилагане на емоционална реклама. Този вид реклама се показва, когато вниманието на получателя не е достатъчно ангажирано.

Въз основа на горното изложение за най-подходяща се счита комбинацията от информативни и емоционални елементи в рекламното послание.

2.9.2.2 Стимулиране на продажбите

Под „Стимулиране на продажбите“ се разбира планирането, организацията, провеждането и контролът на всички, най-често ограничени във времето мерки, които служат за построяване на краткосрочни допълнителни стимули за клиентите, използвани за реализация на стратегическите и маркетинговите цели на комуникацията и продажбите на организацията.¹⁵⁸

Стимулирането на продажбите трябва да се разглежда като странична мярка на други комуникационни специфични елементи, най-често на рекламата. Така Kotler и Bliemel определят тази комуникационна стратегия като стимул за реализиране на действието „покупка“ или за нейното ускоряване, докато рекламата дава основата (причината) за покупката.

При избор на организация за „Медицински патронаж в домашни условия“ става дума за силно лимитирани и/или необичайни процеси на решението за покупка. Следователно, целта на стимулиране на продажбите трябва да се разгледа в тази светлина.

При определяне на съответните цели се прави разлика между стимулиране на продажбите, насочени към пациента/клиента, и стимулиране на разпределението на продукта.

За постигане на горните цели следва да се приложат различни инструменти за стимулиране на продажбите. При мерките за стимулиране на продажбите, насочени към пациента/клиента, се прави разлика между следното:

- проби на продукта;

¹⁵⁸ Kotler, P. / Bliemel, F.: Marketing – Management Analyse, Planung, Umsetzung und Steuerung, 9. Auflage, Stuttgart 1999,

- ваучери или купони;
- отстъпки;
- опаковка на специална цена;
- подаръци;
- игри с награди;
- премии за лоялни клиенти;
- предложения с допълнителни проби;
- гаранции; и
- POP-дисплей и POP-представяния (Point of Purchase) (точка на покупката).¹⁵⁹

По-нататък накратко се разглеждат отделните инструменти, които намират приложение при дейността „Медицински патронаж в домашни условия“.

„Проби на продукта” представляват предложение за безплатно изпробване на продукта в определени количества или обем. Организацията може да предложи възможност за еднократно безплатно изпробване на услугата. При такава „Проба” организацията се надява клиентът по-късно да се ангажира с услугата. Така по време на теста могат да се покажат предимствата и потенциалът за решаване на проблема чрез професионална грижа. Ваучери или купони могат да се дадат за безплатна консултация и/или изпробване на услугата, като се изпратят по пощата или се пуснат като обява във вестник. При подаръците са възможни поредица от полезни помощни средства за нуждаещите се от грижи лица. Според някои автори, има известни съмнения дали подаръците могат да повлияят върху избора на организация. Същото се отнася и за игрите с награди. Премиите за лоялен клиент имат по-скоро отблъскващ ефект, тъй като пациентът трябва да бъде възнаграден за тежестта на своята болест, като получи по-висока интензивност на грижи. Услугите с гаранция биха могли, например, да се предоставят във връзка с момента на изпълнение на услугата. Ако многократно не се спазват договорените за пациента часове, не биха могли да се изчислят ангажиментите в рамките на гаранцията на услугите. Поради това пациентът получава финансово предимство при неспазване на тази гаранция. Point of Purchase намира приложение при лекарите или болниците. Един изключително подходящ POP-дисплей би бил обаче нарушение на задължението на тези институции за консултиране.

В областта на „Медицинския патронаж в домашни условия“ инструментите за стимулиране на продажбите са ограничени. Подходящ и уместен изглежда е инструментът на изпробване на услугата. Трябва да се подхожда много внимателно при използване на този вид комуникационна политика, тъй като е

¹⁵⁹ Kotler, P. / Bliemel, F.: Marketing – Management Analyse, Planung, Umsetzung und Steuerung, 9. Auflage, Stuttgart 1999, 1031

възможна поява на субективно усещане за качество у потребителя, което да доведе до отрицателно и контрапродуктивно въздействие у пациента.

2.9.2.3 Връзки с обществеността

За презентиране и утвърждаване на организацията, насочено към важни обществени групи, много организации изразходват голям финансов ресурс за PR дейности. Важна обществена група е тази, за която се смята, че има или ще има еднопосочни цели и дейности със стратегическите цели на организацията за „Медицински патронаж в домашни условия“.

„Връзки с обществеността” или Public Relations е планирана дейност, при която дейността и целите на организацията са разпознаваеми и се печели доверието на различни групи от обществото (клиенти, акционери, доставчици, служители, институции, държава).¹⁶⁰

Докато вече споменатите инструменти „Реклама” и „Стимулиране на продажбите” трябва да носят директни пазарни ефекти за организацията, „Връзки с обществеността” е насочена към разработката на подходяща рамка, която да увеличи репутацията и компетентността на организацията като цяло, да изгради или подобри имиджа. На фона на специфичните условия на дейността „Медицински патронаж в домашни условия“ „Връзки с обществеността” трябва да се разглежда като важен елемент от комуникационната политика. Чрез нарастващо или в най-добрия случай голямо обществено доверие се намалява субективният риск на клиента от вероятността за покупка на услугата.

За определяне на значимостта и възможностите за използване на отделните инструменти на PR-а ще разгледаме делението на Kotler и Bliemel, което включва следните инструменти:

- Публикации;
- Мероприятия;
- Новини;
- Речи и доклади;
- Обществени спонсорства; и
- Визуална идентичност.¹⁶¹

Публикациите са целесъобразен инструмент за дейността „Медицински патронаж в домашни условия“. Първоначално се издават информационни брошури, които на достъпен език разясняват дейността, услугите и приноса за подобряване на здравето на пациентите, популяризира се дейността. Освен това,

¹⁶⁰ Meffert, H.: Marketing Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele; Wiesbaden 1998, S. 704

¹⁶¹ Kotler, P. / Bliemel, F.: Marketing – Management Analyse, Planung, Umsetzung und Steuerung, 9. Auflage, Stuttgart 1999, 1042

целенасоченото публикуване на статии във вестници и списания разширява групата на потенциалните клиенти. Основната таргетна група на една организация за „Медицински патронаж в домашни условия“ са болните и стари хора. Чрез публикуване на статии във вестници се разширява групата, запозната с организацията и дейността ѝ, която представлява второстепенна таргетна група от потенциално нуждаещи се от грижи лица и техните близки. За една голяма организация, с широка мрежа от обслужвани пациенти и голям брой специалисти, би било от съществено значение издаването на собствен вестник или на бюлетин със специализирана информация, важна за пациентите, например, относно особеностите на различните болести и конкретните грижи за тях. Такъв вид собствена медия може да покрива и културно-развлекателната дейност като възможност за организация на посещения на културни, туристически и други мероприятия, като част от интеграцията на пациента в обществените духовни и ежедневни дейности. Тук може да се съдържа информация за организиране на свободното време, особено подходящо за стари хора, например анотации за нови книги, организирани тихи игри, курсове по цветарство, плетиво, различни разговори и дискусии по актуални проблеми. В държавите с висок жизнен стандарт¹⁶² набират популярност нетрадиционните видове терапии. Една от тях е арттерапията, която спомага за разтоварване на напрежението, намалява стреса, носи удовлетворение и радост. Арттерапията има дълга история, но основно тя е доказан метод за работа с лица с най-различни заболявания и от най-различна възраст. Начинът, по който тя въздейства, се изразява в способността на хората чрез изкуството да изразяват емоции, чувства, преживявания, вътрешни борби и опит.¹⁶³

Към областта на *мероприятията* следва да се причисли и провеждането на семинари по определени теми от широкия кръг на домашните грижи. Към този вид обществена дейност може да се причисли и подкрепата на групите за самопомощ. Допълнителна възможност предлагат местните спортни мероприятия в качеството на спонсор.

Друга голяма група от връзки с обществеността представлява разпространението на *новини*. За целта трябва да се подготвят интересни съобщения за редакторите на вестници. За една организация за „Медицински патронаж в домашни условия“ е важно да има становище, например по отношение на промените в областта на здравеопазването и свързаните с тях закони. Горните мероприятия са важна част от обществения живот и следва да се опита включването им в новините.

За *речи и доклади* се предлагат подобни изходни точки, както при семинарите, в рамките на публикациите. Тук изборът на теми е многообразен, но поради ограничени ресурси на организацията трябва да бъде търсен широк район

¹⁶² НСИ¹⁶³ Българска Асоциация по Арттерапия

на действие, обхващащ потенциални потребители, или възможни съюзи и кооперации.

Организация за „Медицински патронаж в домашни условия“ може да има ангажименти в областта на *обществените спонсорства*. Тази задача обхваща подкрепата на дейности, служещи на общото благо.

Под „*Визуална идентичност*“ се има предвид създаване на Corporate Identity¹⁶⁴. Това означава, че идентичността на организацията се изразява чрез съвкупността от комуникационни средства (например чрез фирмена хартия, проспекти, използвани символи, фирмено лого, визитни картички, униформи, надписи на фирмените коли, обзавеждане на помещения и т.н.).

От горното изложение става ясно, че „Връзки с обществеността“ в обхвата на дейност на организацията за „Медицински патронаж в домашни условия“ е приложим и важен елемент в рамките на комуникационната политика. Ако се вземе предвид, че повечето потенциални клиенти преди появата на болест не са се сблъскали с този проблем, то с описаните мерки се формира чувствителност и принадлежност към проблема¹⁶⁵ у пациента по отношение на дадена организация. Освен това с тези мерки може да се привлече важната за практикуващите лекари група.

2.9.2.4 Лична продажба¹⁶⁶

В областта на „Медицинския патронаж в домашни условия“ открояващо място се пада на личната продажба. Това от една страна може да се обясни с обстоятелството, че потенциалните клиенти свързват избора на организацията с повишения риск и от друга страна - че при този вид услуга преобладава директният контакт между доставчика на услуги и търсещия/нуждаещия се от услуги. Освен това потенциалните потребители свързват избора на доставчик с високия субективен риск от покупката.¹⁶⁷ Липсата на обективна оценка на продукта преди покупката и отсъствието на оценка по отношение на очаквания резултат от услугата също допринасят за това. В рамките на личната продажба може да се направи опит да се ограничат горните ограничителни условия. Тук централен елемент е личният контакт, който в рамките на диалога дава възможност за директна обратна връзка между купувача и продавача.¹⁶⁸ Това може да послужи за изясняване на предпочитанията на клиента по отношение на организацията. Става дума за използване на този инструмент преди сключването на договора.

¹⁶⁴ В пр. корпоративна идентичност, допринасяща за разпознаваемостта на организацията, вдъхваща доверие, сигурност при избор и ангажираност.

¹⁶⁵ Чувство на симпатия дори и да не се използва продукта. При нужда обаче потребителят не се чувства неинформиран, дори напротив целенасочено избира тази организация.

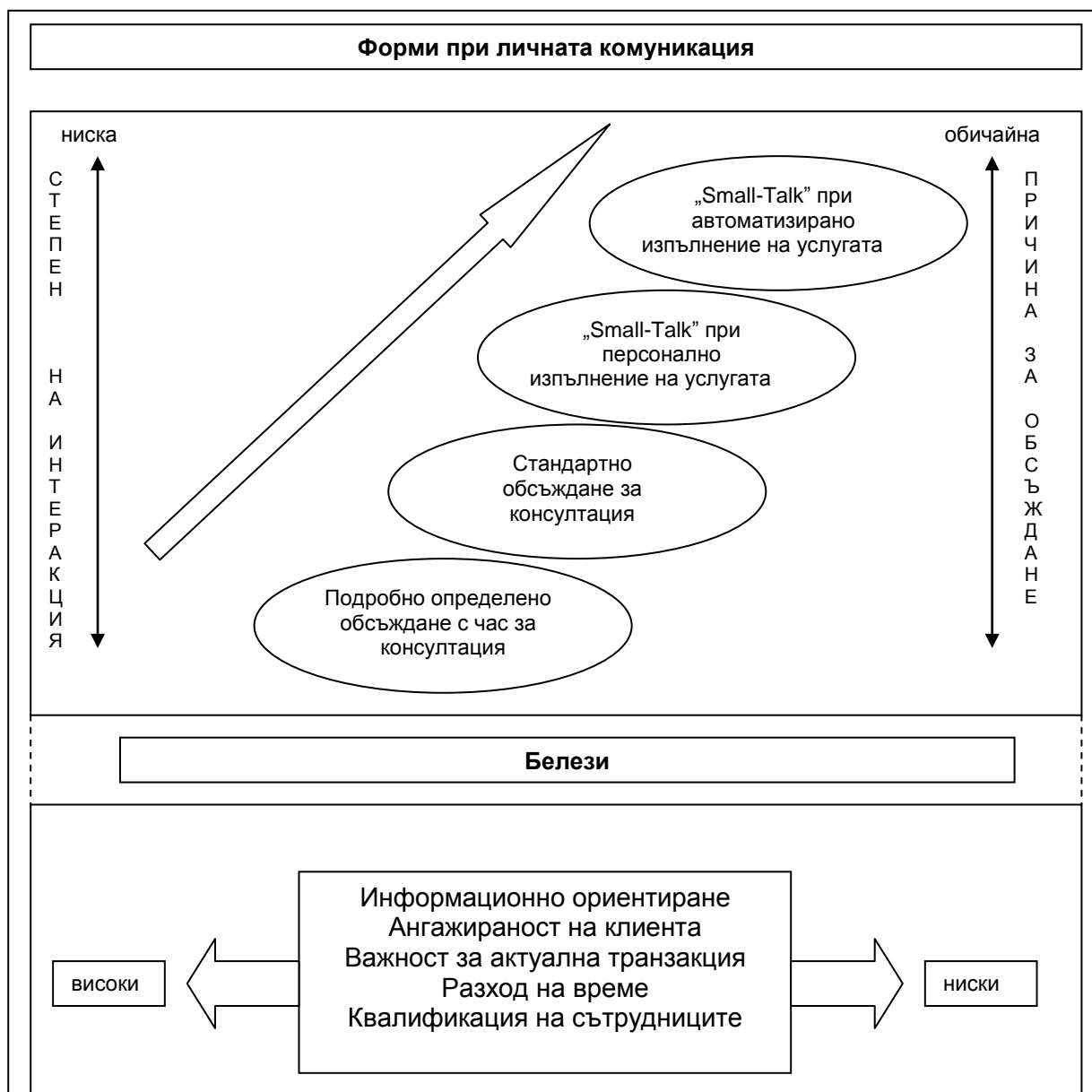
¹⁶⁶ personal selling

¹⁶⁷ Виж Глава 2.2.8.1.

¹⁶⁸ Nieschlag, R. / Dichtl, E. / Hörschgen, H.: Marketing, 18 Auflage, Berlin, 1997, S. 819

Тук следва да се отбележи разликата между провеждането на обсъждане преди и след сключването на договора за обслужване, както и по време на изпълнение на услугата. Комуникацията преди сключването на договора е част от личната продажба, докато след това провеждането на обсъждане се счита за част от интерактивния маркетинг.¹⁶⁹

Фиг. 6. Форми при личната комуникация¹⁷⁰



Тук ще разгледаме обсъждане - консултация относно потребността от обслужване от организация за „Медицински патронаж в домашни условия“. За личната продажба могат да се категоризират различни форми на комуникация.

¹⁶⁹ Bieberstein, I.: Dienstleistungs-Marketing, 2. Auflage, Kiel, 1998, S. 341

¹⁷⁰ Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 239

Според изложените на Фиг. 6 критерии, при домашните грижи може да се изходи от това, че става дума за подробно, с договорен час обсъждане за консултация.¹⁷¹

По време на консултацията трябва да бъдат постигнати окончателно всичките три цели на комуникационната политика. В случая е задължително както съдържанието, така и личното явяване на служителя, който води обсъждането, да съответстват на целите.¹⁷²

Съдържателни аспекти на консултацията

Съдържателните аспекти на консултацията по правило се изразяват чрез общата продуктова политика и политиката на качеството на една организация за „Медицински патронаж в домашни условия“. Структурата на обсъждането трябва да е в подходяща емоционална рамка за поднасяне на обективната информация за организацията относно вида и обема на услугите. Освен това трябва да се акцентира върху предимствата по отношение на конкурентите, без да е пресилено. В рамките на аргументиращите техники се препоръчва представянето на ясни заключения.¹⁷³ Предвид проучванията в тази област, консултацията трябва да включва минимум следните елементи¹⁷⁴:

- Представяне на лицето преди началото на консултацията. По правило тези обсъждания се водят от обучен външен сътрудник или ръководен служител на организацията.
- Представяне на организацията за „Медицински патронаж в домашни условия“, особено по отношение на служителите и тяхната квалификация. Тук трябва да се наблегне на квалификацията и уменията на специалистите. Освен това от съществено значение за пациента е професионалният опит на персонала.
- Представяне на процеса на обгрижване и връзките в целия работен процес на организацията. Тук трябва да се подчертае, че услугата може да се изпълни през деня и през нощта и 365 дни в годината. Ако организацията разполага със система за спешно повикване трябва да се обърне внимание на пациента.
- Представяне на принципите и възможностите за извършване на изчислителни процедури. Ако в това отношение съществуват предимства пред конкуренцията, те трябва изрично да се посочат.

Тези основни елементи следва да се съдържат като стандарт при всяко обсъждане за консултация. При съдържателното представяне обаче трябва да се внимава да не се поемат обещания, които не могат да се спазят при изпълнението на услугите. Това би оказало контрапродуктивно въздействие.

¹⁷¹ Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 240

¹⁷² Виж Глава 4.3.1 Фигура 6

¹⁷³ Becker, W.: Verkaufspsychologie: theoretische Grundlagen und praktische Anwendungen, München / Wien, 1998, S.

83

¹⁷⁴ Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 155

Емоционални аспекти на консултацията

Ако още веднъж прегледаме ситуацията, която предизвиква обсъждане за обслужването от организация за „Медицински патронаж в домашни условия“, ще констатираме че тя се характеризира чрез вероятно внезапно проявили се здравословни проблеми у клиента. От това следва, че „продавач-консултантът“ трябва да притежава висока социална и здравна компетенция, както и способността да се вживее в ситуацията. По този начин той персонифицира извършването на цялата услуга и организацията като цяло. Той трябва да бъде професионално достоверен и компетентен. Съответните служители трябва да бъдат обучени в следните сфери:

- изражение на лицето;
- държание и движение на тялото;
- облекло;
- спазване на дистанция; и
- техники на водене на обсъждане.¹⁷⁵

Изражението на лицето играе значителна роля при интерперсоналната комуникация, тъй като то предава чувствата и вълненията на човека. Тук е важен контактът „очи в очи“, тъй като те сигнализират за подкрепа, връзка, близост и съпричастност. *Държанието и движението на тялото* трябва да предават откритост.

При техниките на водене на обсъждане следва да се обърне внимание на един аспект, особено важен за областта на „Медицинския патронаж в домашни условия“ - умението за слушане. Особено при възрастните хора, които често живеят сами, е важно да се владее този компонент - изслушването. По време на обсъждането е възможно да се филтрират съответните лични предпочитания и да се започне с постигане на удовлетвореност на пациента, като част от маркетинговите цели.

2.10 Ценова политика

Цената на един продукт представлява адекватната стойност в парично изражение, която даден клиент трябва да даде, за да получи услугата. Ако през изминалите години се е изхождало от това, че цената като доминантна променлива е основа за решението относно покупката на даден продукт, днес тази представа е силно променена. Обяснение за това развитие са например появилите се познания в областта на поведението на консуматорите, по-силното акцентирание върху компонентите на качеството, както и възможностите за реклама чрез медиите.

¹⁷⁵ Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 241

Изхождайки от горните обстоятелства, става ясно, че цената не може да се разглежда изолирано. От значение е съотношението „цена – полза”. Цената може да се диференцира според качеството и обема на обслужване. Клиентът е по-склонен да заплати висока цена, когато в замяна получава за нея повече (обем, качество и т.н.). От това следва, че всички елементи на маркетинговия микс се отразяват пряко върху ценовата политика.

В ценовата политика трябва да се отразят различните изисквания към цената от страна на потенциалните потребители. При формирането ѝ трябва да се вземат под внимание и алтернативите при изчерпване на външните и вътрешни ресурси на организацията.

При осъществяване на дейността „Медицински патронаж в домашни условия“ към същността на ценовата политика се изисква интеграция на външния фактор с елемента „нематериалност” на продукта. От особено значение тук е човешката производителност в най-широк смисъл. Наблюдават се същите величини за оформяне на цената, както при материалните блага, като оборот, печалба, ROI¹⁷⁶ и т.н. Цената се използва и като инструмент за целенасочено управление на търсенето.

Разработването на конкретна ценова политика не е предмет на тази научна разработка, в която пациентът е поставен в центъра на вниманието.

¹⁷⁶ Return on Investment

3 Глава. Цел, задачи и методика на дисертационния труд

3.1 Цел и задачи на дисертационния труд

Целта на дисертационния труд е чрез съчетаване на сравнителния анализ на положителния опит в развитите страни с опита, критичния анализ на приложението на маркетинга в управлението на „Медицинския патронаж в домашни условия“ в Р. България и резултатите от проучване мнението на потребителите и на професионалистите в тази дейност да се определят базовите рамкови условия за разработване на действащ маркетингов план на дейността „Медицински патронаж в домашни условия“, в който потребителят е поставен в центъра на цялостната организация.

В така формулираната цел на дисертационния труд са заложили следните **изследователски задачи**:

1. Сравнителен анализ на положителния опит на развитите страни.
2. Анализ на различните насоки на маркетинга и възможностите за приложението му в областта на „Медицинския патронаж в домашни условия“.
3. Анализ на данните от анкетно проучване на поведението и потребностите на лежачо болни пациенти.
4. Анализ на резултатите от анкетно проучване на мнението на професионалисти, работещи в лечебни заведения, относно аспектите: потребност, съдържание, изпълнители, организация, финансиране и др.
5. Формулиране на маркетингова политика и основни насоки на маркетингова стратегия при управлението на „Медицински патронаж в домашни условия“.
6. Разработване на препоръки.

Използвани са следните методи в дисертационния труд:

1. Сравнителен документален анализ - анализ на дейността „Медицински патронаж в домашни условия“, описана в чуждестранната научна литература, нормативната уредба в Р. България, както и маркетинговата практика в здравеопазването.
 2. Социологически методи:
 - a. документален метод;
 - b. анкетен метод (анонимна писмена анкета) - анкетираните са лежачо болни пациенти в различни болнични заведения на територията на Р. България;
-

- с. мета-анализ – за изясняване на терминологични въпроси на съвременните подходи към маркетинговата проблематика.

3. Статистически методи:

- а. анализ на честотни количествени и категорийни разпределения;
- б. описателни методи: честотен анализ на качествени и количествени променливи;
- с. графичен анализ.

3.2 Проучване на пазара

Представянето на инструменти на маркетинга за управлението на дейността „Медицински патронаж в домашни условия“ съществено зависи от качеството на информацията за пазара. Процесът на целенасочено придобиване и обработка на тази информация се осъществява чрез проучване на пазара и маркетинговите подходи. Терминът „Изследване на пазара“ в случая трябва да се разбира по следния начин: системно събиране, анализ и интерпретация на информацията за съществуващите обстоятелства, тенденции и предпочитания на развитие на пазарите, които съдържат важна информация за маркетинговите решения.¹⁷⁷ Проучването на пазара се отнася повече за придобиването на информация от външни източници. Начинът на въздействие на изследването, от друга страна, се разпростира също върху събирането и анализирането на данни от организацията-изпълнител на дейността „Медицински патронаж в домашни условия“.

Процесът на изследване може да се представи чрез следния процес на проучване на пазара:

Стъпка 1: Определяне на целите на изследването

Стъпка 2: Концепция на плана на изследването

Стъпка 3: Събиране на данни

Стъпка 4: Анализ на данните

Стъпка 5: Представяне на резултатите от изследването.¹⁷⁸

3.2.1 Определяне на целите на изследването

За удовлетворяване на индивидуалните предпочитания и потребности на пациента е нужен подробен анализ.

Поставянето на цел е свързано с първоначално събиране на информация за някои основни променливи величини. Към тях спадат възрастта на пациентите,

¹⁷⁷ Berekoven, L. / Eckert, W. / Ellenrieder, P.: Marktforschung: Methodische Grundlagen und praktische Anwendung, 11. Auflage, Wiesbaden, 2006

¹⁷⁸ Kotler, P. / Bliemel, F.: Marketing – Management Analyse, Planung, Umsetzung und Steuerung, 9. Auflage, Stuttgart 1999, S. 191

вида на домакинството и вида на издръжката на домакинството. Освен това фундаментални въпроси като: „Кой насочва пациента към организация, предоставяща Медицински патронаж в домашни условия?“, „С кого пациентът разговаря за тези услуги“ и други подобни са изходни точки при конфигуриране на маркетинговите инструменти. Важна част от изследването включва идентифицирането и оценяването на предпочитанията на потребителя. В хода на анализа на емпиричните данни трябва да се направи опит да се генерират базовите изходни точки за сегментиране на пациентите. Оценените предпочитания трябва също да бъдат използвани за формулиране на опорни точки за подходящо разработване на маркетингови инструменти.¹⁷⁹

3.2.2 Концепция на плана на изследването

При построяването на концепцията на Плана на изследването трябва да се вземат предвид решенията.

Метод и обхват на проучванията

Избраният метод за проучване е писмено анонимно анкетиране с открити, полузакрити и закрити въпроси, който е най-широко разпространен в маркетинга.

180

Първото проучване е проведено сред 300 лежащо болни пациенти в болнични лечебни заведения на територията на цялата страна. Анкетирани са част от пациентите при случаен подбор на респондентите. Анкетирани са пациенти от лечебни заведения в градовете София, Пловдив, Варна, Бургас, Плевен и Пазарджик.

Второто проучване във връзка с дисертационния труд „Маркетинг на дейността „Медицински патронаж в домашни условия“ също е върху част от заетите и е проведено чрез случаен подбор на 400 професионалисти, работещи в лечебни заведения на територията на Република България в периода септември 2011 г. - януари 2012 г.

Емпиричната информация от социологическите изследвания е събрана чрез анонимни анкетни карти, разработени в съответствие с целта и задачите на този дисертационен труд. Данните от проучването са организирани в специално разработена база данни, информацията в която е обработена чрез приложния статистически пакет SPSS (Statistical Package for Social Science).

¹⁷⁹ Kotler, P. / Bliemel, F.: Marketing – Management Analyse, Planung, Umsetzung und Steuerung, 9. Auflage, Stuttgart 1999, S. 425

¹⁸⁰ Kotler, P. / Bliemel, F.: Marketing – Management Analyse, Planung, Umsetzung und Steuerung, 9. Auflage, Stuttgart 1999, S. 197

Построяване на въпросник

За анкетирането се разработиха въпросници, чиито съставни части са разяснени по-долу. Първо се представят определени задължителни компоненти в структурата на въпросника, преди да се изложи съдържанието.

Приложение 2 съдържа въпросника на началното проучване.

Формални аспекти

Въпросникът, проучващ потребностите от дейността „Медицински патронаж в домашни условия“ съдържа въведение, което обяснява целта на изследването, метода и начина на събирането на данните. Въвеждащите въпроси започват със разпределение на пациентите на група, която не познава този вид дейност, и групи, които са запознати с нея от различни посочени източници. Въвеждащите въпроси продължават до номер четири включително. Въпрос номер пет поставя началото на „ядрото“ на анкетата, което представлява същинската и най-важна информация за целите на проучването. „Регистрационните“ въпроси се намират на края на анкетата. Първото проучване събира информация за възрастта на пациентите, семейното положение, пола, образованието и тяхната професия.

В настоящото проучване се срещат и открити, и закрити въпроси при директните и индиректните форми на запитване. При някои от въпросите са възможни повече от един отговори.

В проучването са използвани неметрични скали. Ординална скала е използвана за въпросите, които групират респондентите на групи, като възраст. Номинални скали са използвани за по-голяма част от въпросите. Например въпрос 19 гласи: „Според Вас, необходимо ли е обслужващата организация да планира грижите и да разработва план-график за тяхното изпълнение?“ Номиналната скала подрежда възможните отговори по следния начин:

- Необходимо е.
- Колкото е необходимо, толкова и не е.
- Не е необходимо.

Съдържание на анкетата

За последващо сегментиране от особено значение е дали пациентът познава услугата „Медицински патронаж в домашни условия“. Това е и първият въпрос в анкетата. По-нататък следват въпросите относно конкретните услуги в рамките на дейността, при какви случаи пациентът или близките му биха се възползвали от нея. Проучванията съдържат оценяващи въпроси относно мнението на болните за конкретните начини на обслужване от специалистите, за обучението и квалификацията им, за прилагане на най-новите методи и технологии при лечението на пациентите и т.н. В последната част на анкетата са зададени

„регистрационните” въпроси. Те се използват за групиране на изследваните според пола, възрастта, семейното положение, образованието си и професията.

При разработката на въпросите в анкетата, отнасящи се до предпочитанията на клиентите, е използвана информация от лекари, медицински сестри, рехабилитатори, социални работници и др., които да специфицират, както възможните въпроси, така и съпътстващите ги отговори. Затова при разработката на въпросите като изходна точка се вземат експертизи на медицински професионалисти. Този подход се разглежда като легитимен, тъй като медицинските професионалисти при тяхната ежедневна работа на практика удовлетворяват предпочитанията на клиентите.

3.2.3 Събиране на данни

Въпросите в анкетите са разработени чрез проучване, проведено от Hülsenwiesche & Kruse, Essen, на 14.10.1998 г. между служители, работещи в организация за „Медицински патронаж в домашни условия“ в Германия. Акцентите на проучването за дисертационния труд са следните:

- запознатост на пациенти и професионалисти с дейността;
- какви услуги и кой ги предоставя;
- определяне на таргетна група;
- първоначално посещение в дома;
- комуникация при обгрижването;
- дружелюбен и любезен персонал;
- достатъчно време при полагане на грижата;
- предоставяне на допълнителни услуги (напр. изхвърляне на боклук, купуване на вестник и др.);
- осигуряване на подходяща храна и медикаменти;
- добра комуникация между пациента, лекуващия лекар, служители на обслужващата организация, близките и роднините на обслужваното лице;
- финансови параметри на услугата.

3.2.4 Анализ на данните

По-нататък се представя преглед на възможните методи на обработката и оценката на отделните данни, получени при събирането на емпиричната информация.

Методите на анализ се диференцират в зависимост от броя на променливите величини, използвани в изследването, на еднофакторен и многофакторен анализ.¹⁸¹

В рамките на дескриптивния еднофакторен анализ на данните резултатите от изследването се описват чрез подходящ статистически метод. Във връзка с това в нормалния случай на еднофакторен анализ се изследва разпределението на една единствена променлива спрямо всички измервани обекти. В зависимост от нивото на използваната скала може да се приложат различни начини за обработка и анализ. Статистическата обработка и анализ на дадена променлива е възможно чрез параметри на разположението и отклонението. Към параметрите на разположението, които изследват положението на централната стойност се отнасят медианата и модата. Към отклонението, което описва отклонението на стойностите на променливата от средната величина, спадат: разликата, стандартно отклонение, коефициент на вариация и др.

При мултифакторния анализ на данните с помощта на различни методи се оценяват и анализират повече от една променливи величини.¹⁸² Една възможна класификация на отделните мултифакторни методи е те да се групират като методи изследващи зададена структура или методи за разкриване на структура. Към методите за изследване на зададена структура се отнасят регресионният анализ, вариационният анализ, дискриминантният анализ¹⁸³, анализът на непредвидимостта¹⁸⁴ и корелационният анализ¹⁸⁵. Към методите за разкриване на структура се отнасят факторният анализ, групов анализ¹⁸⁶ и мултидимензионалното скалиране.¹⁸⁷

¹⁸¹ Nieschlag, R. / Dichtl, E. / Hörschgen, H.: Marketing, 18 Auflage, Berlin, 1997, S. 768

¹⁸² Meffert, H.: Marketing Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele; Wiesbaden 1998, S. 162

¹⁸³ Методът различава две или повече групи, които са определени с повече променливи. Използва се като класификатор или за намаляване на измеренията.

¹⁸⁴ Анализът изразява силата на връзката между два (или повече) номинални или редни променливи. Тя се основава на сравнение на реално измерените честоти на две функции с честотите, които може да се очакват с независимостта на тези характеристики.

¹⁸⁵ Conjoint Measurement: многовариантен метод, който е разработен в психологията.

¹⁸⁶ Clusteranalyse: метод за откриване на структура в големи бази данни. Намерените групи на „подобни“ обекти се наричат клъстери.

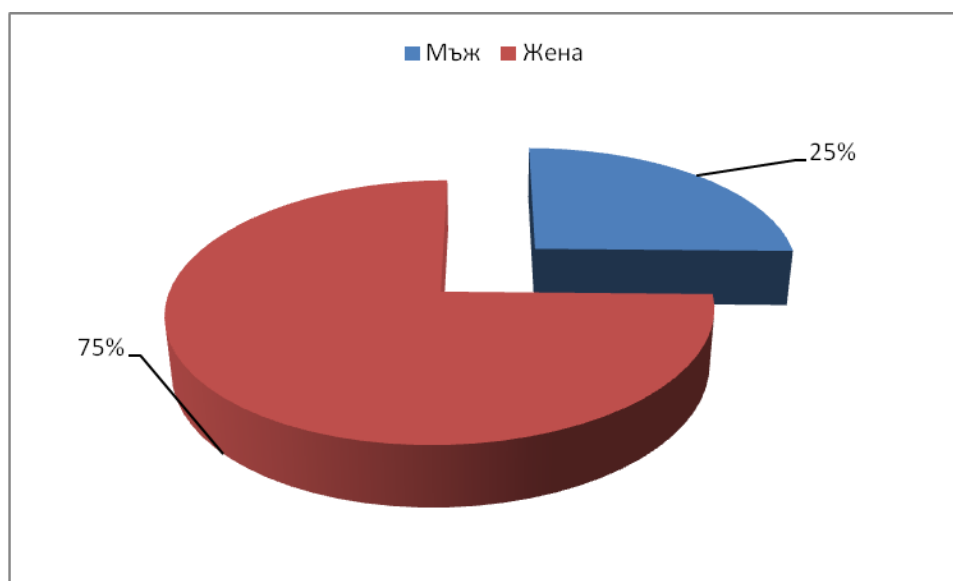
¹⁸⁷ Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 144

4 Глава. Анализ на данните от проучването на лежачо болни пациенти

Проучването е проведено сред 300 лежачо болни пациенти в лечебни заведения на територията на страната. Обхванатите болници се намират в гр. София: УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“, Военномедицинска Академия, 5-та МБАЛ; гр. Плевен: УМБАЛ „Георги Странски“; гр. Пловдив: УМБАЛ „Свети Георги“ ЕАД; гр. Варна: МБАЛ „Света Анна - Варна“ АД; гр. Бургас: „МБАЛ – Бургас“ АД, гр. Пазарджик: „Медицински комплекс Хигия“. Анкетирания лежачо болни в различни отделения на болниците пациенти имат пряко отношение към дейността „медицински патронаж в домашни условия“, т.к. те представляват основната таргетна група, към която е насочена тази услуга.

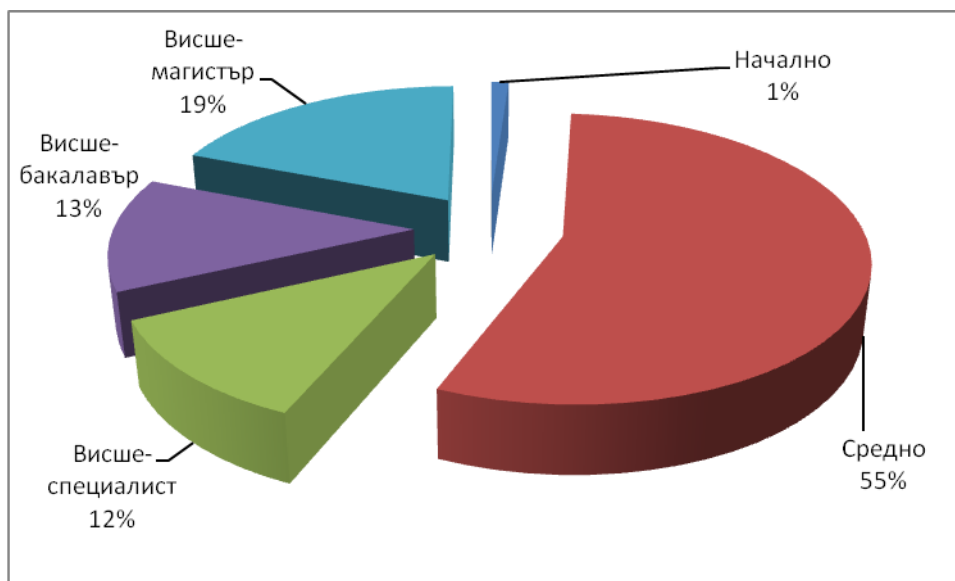
Анкетирания имат пряко отношение към проблематиката на дисертационния труд и са част от таргетната група на дейността „медицински патронаж в домашни условия“. Разпределението по пол на анкетирания е следното: 75% са жени, а 25% са мъже (фиг. 8).

Фиг. 8. Разпределение на анкетирания пациенти по пол.



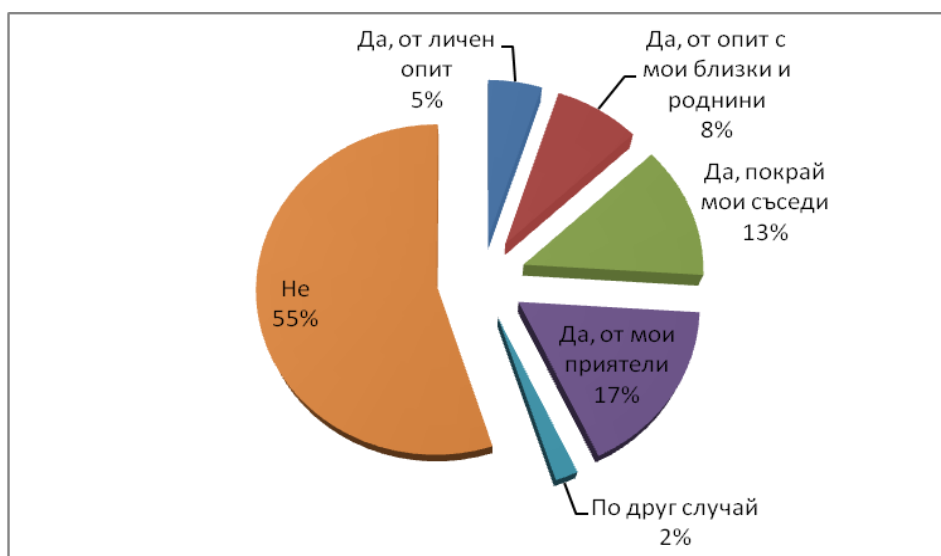
Сред допитаните 44% са висшисти (19% - висше-магистър, 13% висше-бакалавър, 12% - висше-специалист), а 55 % са със средно образование (фиг. 9). Този факт свидетелства за относително високото ниво на образование на хората, които са отговорили на въпросите, свързани със същността и необходимостта от услугата „медицински патронаж в домашни условия“.

Фиг. 9. Образователен ценз на анкетираните пациенти.



Основна цел на проучването е да се установи, доколко респондентите разполагат с информация за същността на услугата „медицински патронаж в домашни условия“. На въпроса дали те познават тази услуга и ако да – от къде, болшинството от анкетираните (55%) отговарят, че не познават такъв вид обслужване. Тези, които са наясно са получили информацията от личен опит (5%), от близки и роднини (8%), от съседни (13%) и от приятели (17%) (фиг. 10).

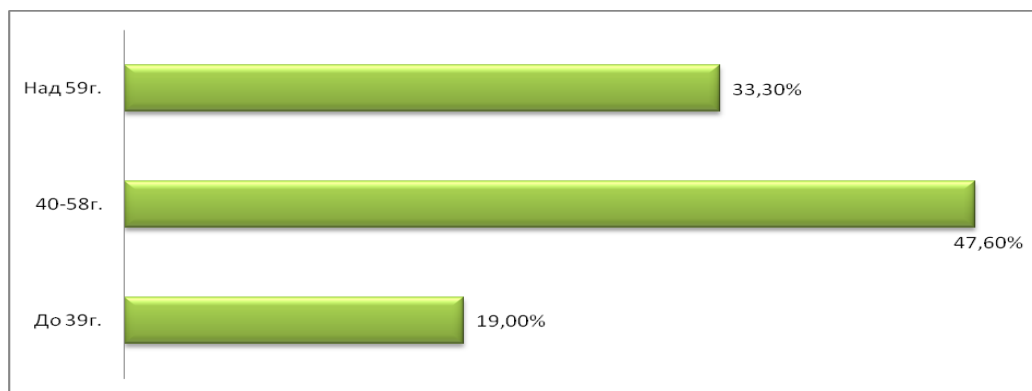
Фиг. 10. Степен на информираност за същността на услугата „Медицински патронаж в домашни условия“



Сред анкетираните пациенти, които познават дейността „медицински патронаж в домашни условия“ най-значима е групата на хората на възраст 40-58 г. – 47,7%. Следват групата на тези, които са над 59 години – 33,3% и на лицата

под 39 години – 19% (фиг. 11). Фактът, че именно респондентите от трудовоактивната възраст са най-много, води след себе си много социални и икономически последици, както в личен план за самите тях, така и за обществото като цяло.

Фиг. 11. Възрастово разпределение на респондентите



По отношение на обстоятелствата, при които тежко болните и техните близки прибегват до услугата „медицински патронаж в домашни условия“, отговорите на анкетиранияте се обособяват в следните няколко направления: липса на свободен роднина за гледане на болния и по-добро обгрижване на нуждаещия се от медицинска помощ (фиг. 12). Тези два основни довода свидетелстват за значимостта и обществената потребност от услугата.

Фиг. 12. Обстоятелства, пораждащи необходимостта от услугата „медицински патронаж в домашни условия“



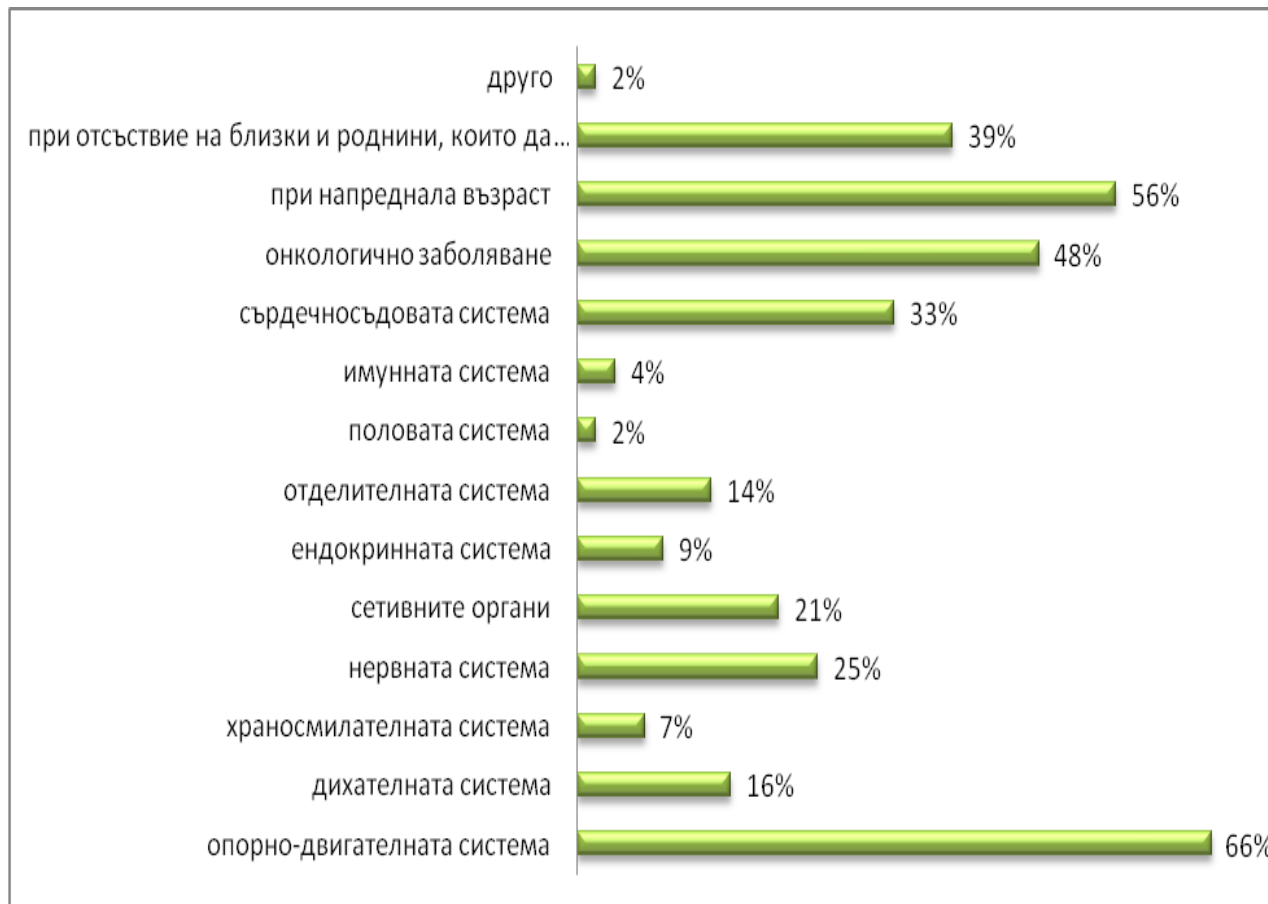
Мнението на анкетираниите относно услугите, които се включват в дейността „медицински патронаж в домашни условия“, е свързано основно с домашни посещения от лекар. Другите съществени фактори, които се посочват като предимства на услугата, са ранжирани по следния начин: смяна на превръзки, поставяне на инжекции и др. мед. манипулации; посещение от болногледач, сестринско наблюдение, контролен преглед от лекар; санитарни услуги (фиг. 13).

Фиг. 13. Предпочитани услуги, предоставяни чрез „медицински патронаж в домашни условия“



В резултат на проведеното проучване сред 300 лежачо болни пациенти бе установено, че основните причини, поради които се поражда необходимост от медицинска помощ в дома, след приключване на стационарно лечение (фиг. 14), са свързани със заболявания на опорно-двигателния апарат (66%). На второ място респондентите отбелязват проблемите с обгрижването на хората в напреднала възраст (56%). Онкологичните заболявания са ранжирани на трето място в скалата на заболяванията, които налагат продължително лечение в дома и са свързани с потребността за пациента от допълнителна медицинска помощ в домашни условия. 39 % от анкетираниите биха се възползвали от тази услуга при отсъствие на близки и роднини, които да помогнат.

Фиг. 14. Условия, при които възниква необходимост от услугата „Медицински патронаж в домашни условия”



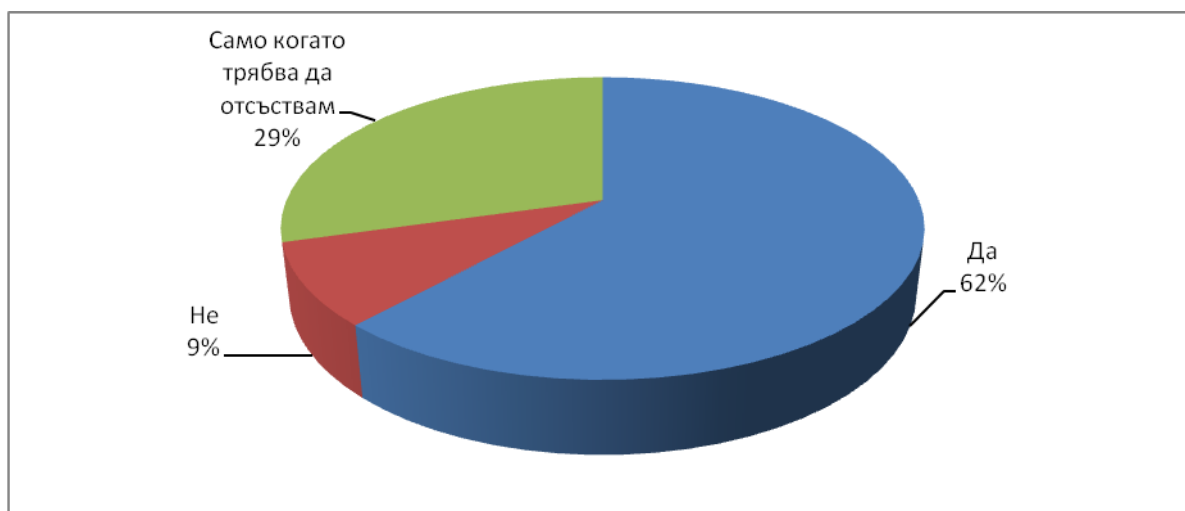
Посочените отговори в анкетата свидетелстват, че респондентите оценяват като най-натоварващи следните функции, изпълнявани от обслужващия персонал на дейността „медицински патронаж в домашни условия” (фиг. 15): поддържането на личната хигиена на болния/ възрастния човек; осигуряването на медицинска помощ и транспортирането на болния/ възрастния човек при необходимост. Рехабилитацията е посочена на четвърто място, въпреки препоръките от специалистите, че тази дейност се извършва от високо специализирани професионалисти.

Фиг. 15. Най-натоварващи дейности при грижите за болния/ възрастния човек в дома



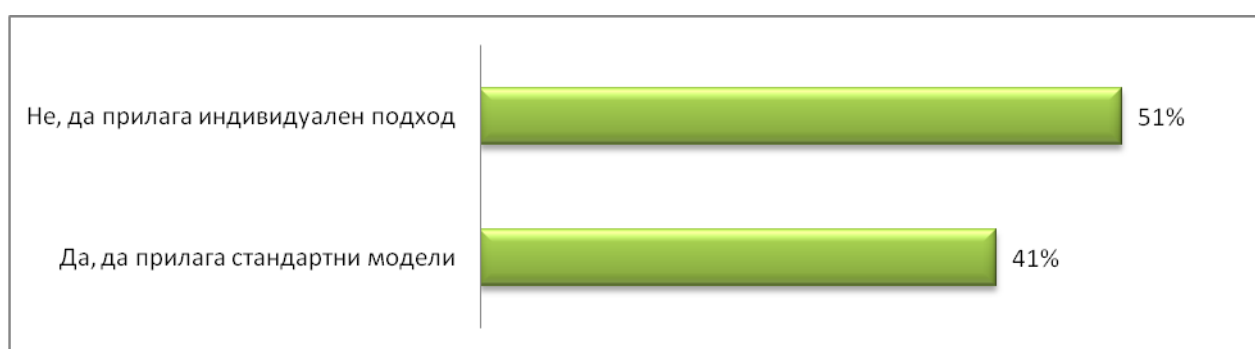
След установяване на най-натоварващите грижи за пациента, на фигура 16 се вижда ясно, че анкетираните биха се възползвали от непрекъснатата денонощна грижа, дори и през празничните и почивните дни (62%). Почти една трета отговарят, че биха се възползвали само при отсъствие (29%).

Фиг. 16. Възползване от непрекъснатата денонощна грижа за болния, вкл. през почивните и празнични дни.



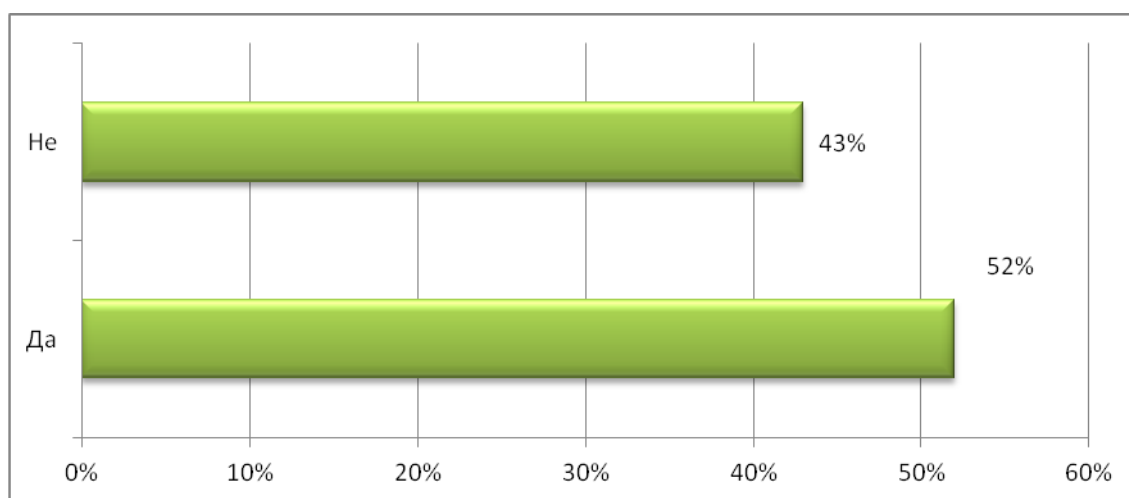
Настоящото проучване има за цел да установи конкретни потребности, както и специфични потребности на таргетната група на услугата „медицински патронаж в домашни условия“. Анкетираните бяха запитани относно значимостта на прилагане на модел на поведение, на обгрижване и на етични принципи (фиг. 17). Повече от половината респонденти отговарят, че за тях от значение е индивидуалният подход (51%). 41% от запитаните са на мнение, че обслужващата организация трябва да прилага стандартни модели на поведение, обгрижване и на етични принципи.

Фиг. 17. Мнение на пациентите относно значението прилагане на модел на поведение, на обгрижване и на етични принципи на обслужващата организация.



Също толкова неопределено е и мнението на респондентите относно избора на служител, който ще дойде при следващото посещение на болния в дома (фиг. 18). 52% смятат, че е от значение да знаят кой ще ги обслужва, 43% смятат тази информация за маловажна.

Фиг. 18. Предварителен избор при следващо посещение на болния в дома.

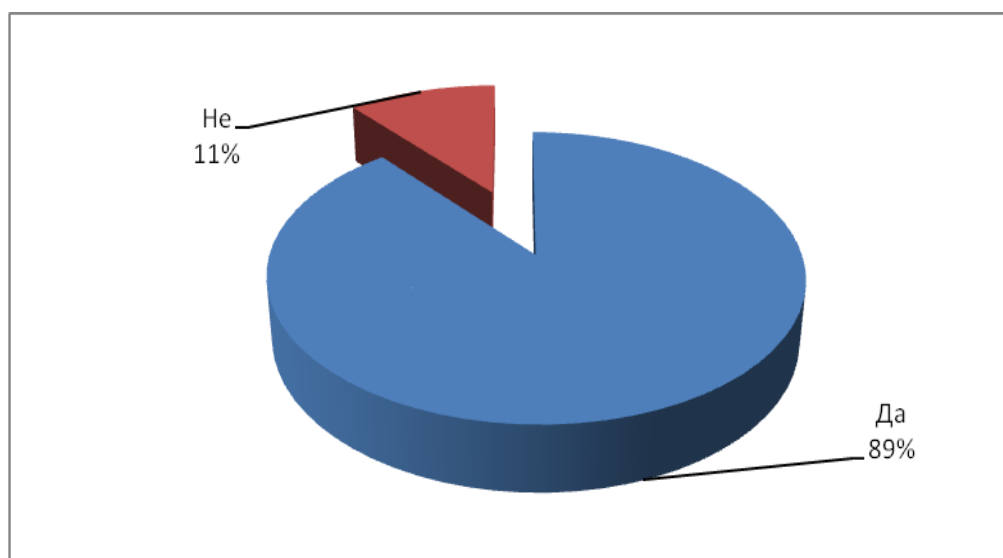


Провеждането на продължаващо медицинско обучение е важен елемент при осъществяване на националната здравна политика и целю повишаване и

поддържане на квалификацията на медицинските специалисти, извършващи диагностика, лечение и рехабилитация. Повишаването на квалификацията на медицинските специалисти е основна предпоставка за осигуряване на необходимото качество на медицинските дейности и подобряване на тяхната ефективност. От особено важно значение е и провеждането на непрекъснато обучение и квалификация на служителите на обслужващите организации предоставящи услугата „медицински патронаж в домашни условия“. Обучението трябва да съдържа и двете компоненти: теоретична и практическа, и да бъде пряко приложимо в ежедневната работа на специалистите предлагащи тази услуга. Предвид особеностите на дейността е нужно повече практична насоченост на предлаганата информация. За да се осигури качество е необходимо да се вземат под внимание индивидуалните и професионални различия между отделните медицински специалисти включени в непрекъснатото обучение.

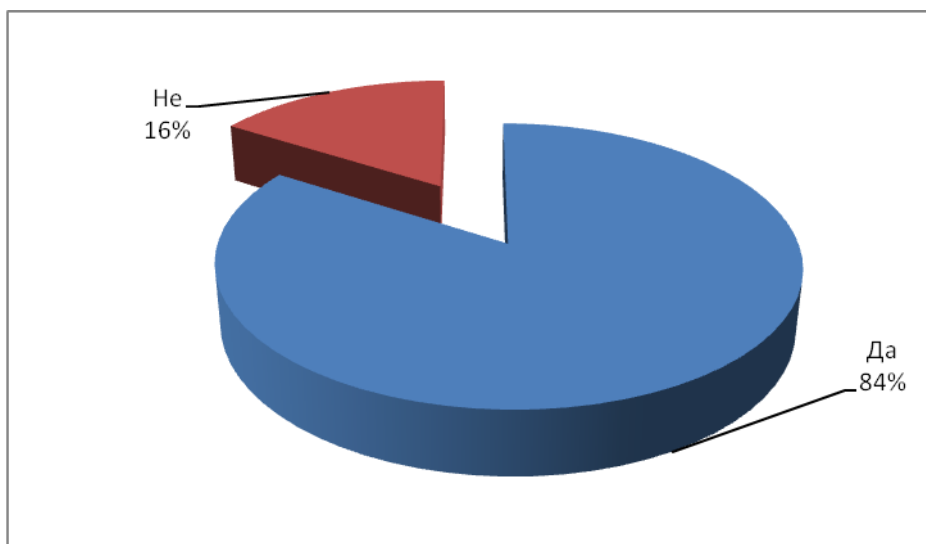
Положителен отговор на въпроса за значението за квалификацията и професионалния опит на служителите на обслужващата организация са дали 89% (фиг. 19). Според 11% квалификацията и опитът не са важна част от услугата „медицински патронаж в домашни условия“.

Фиг. 19. Значението на квалификацията и професионалния опит на служителите на обслужващата организация.



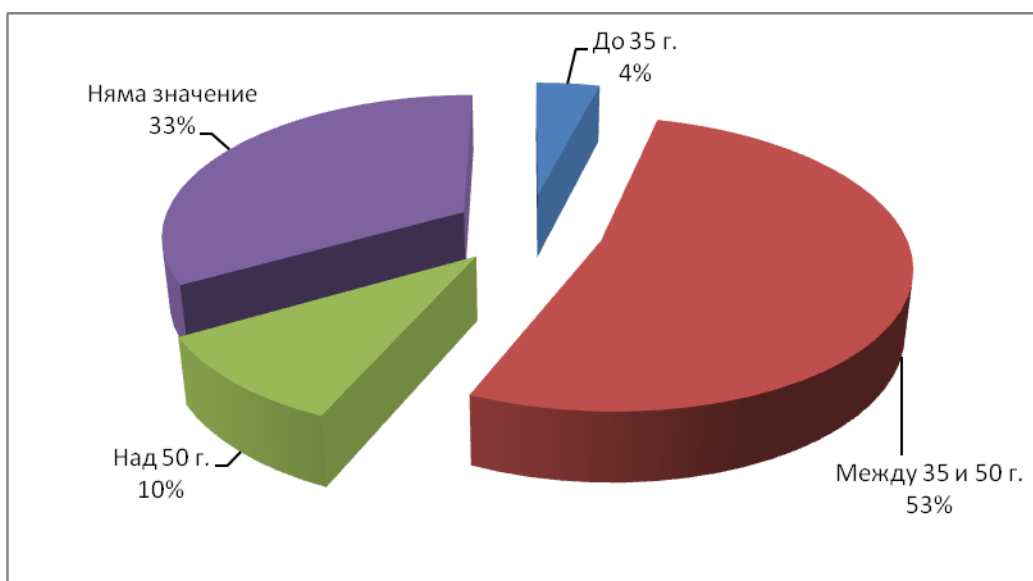
Това се потвърждава и от 84% от запитаните, които са на мнение, че обслужващата организация трябва да обучава и квалифицира своите служители непрекъснато (фиг. 20).

Фиг. 20. Необходимост от непрекъснато обучение и квалификация на служителите на обслужващата организация.



На въпроса за предпочитанието за възрастта на обслужваното лице, повече от половината анкетирани намират за подходяща възрастта между 35 и 50 години (фиг. 21).

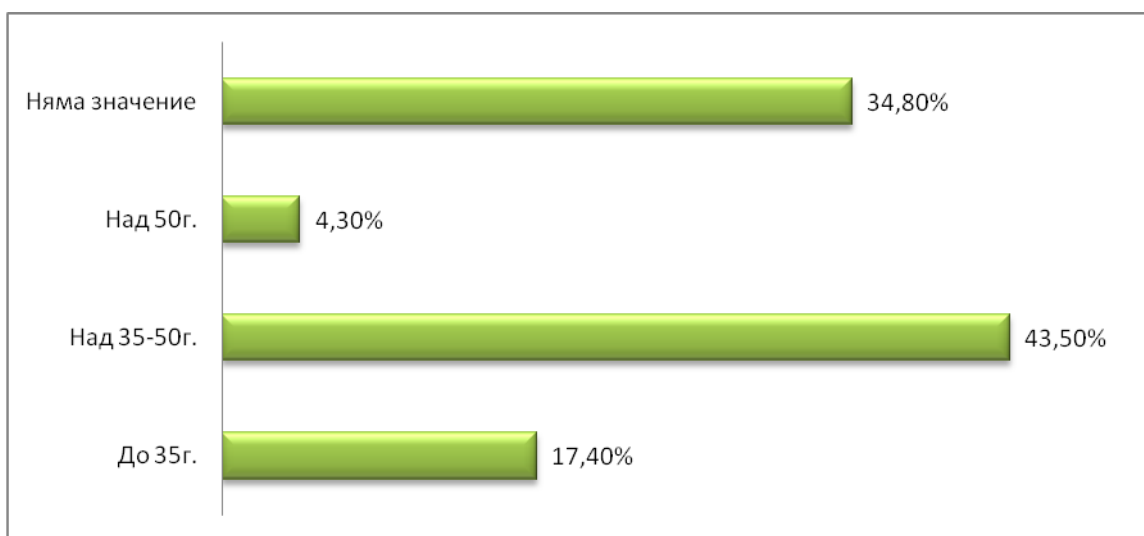
Фиг. 21. Предпочитание за възрастта на обслужващото лице.



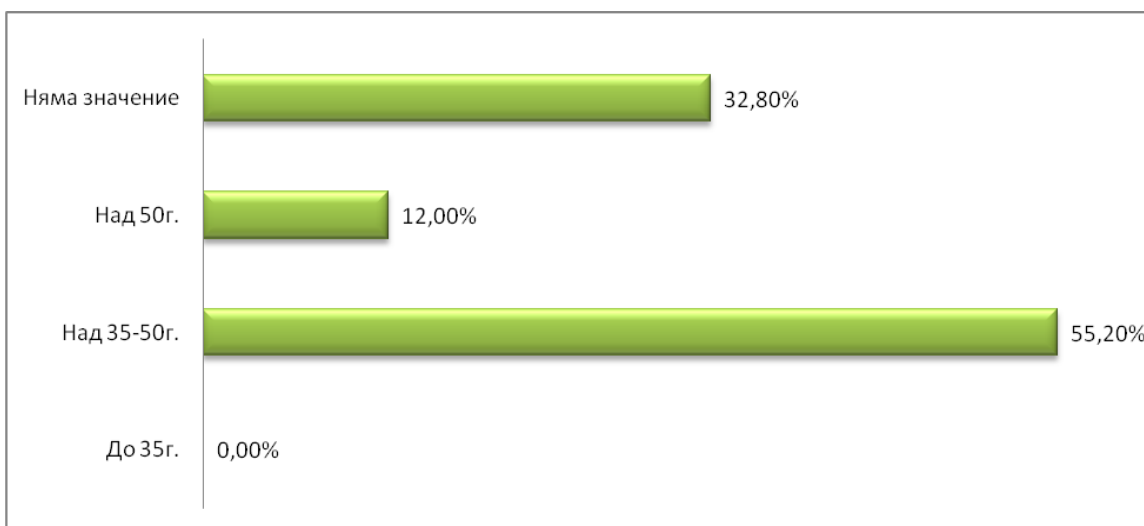
Ако разгледаме в детайли предпочитанията на мъжете и жените, получаваме следните резултати. Мнозинството от мъжете (43,5 %) предпочитат

служителите да са на възраст между 35 и 50 г. (фиг. 22). Докато мнозинството при жените е по-ясно изразено – 55,2% (фиг. 23). Несъвместимостта при предпочитанията продължава с факта, че нито една жена не е дала отговор за предпочитание на служителя да е до 35 г. При мъжете цифрите са различни: до 35 г. е предпочитаната възраст за служителя от 17,4% мъже, като най-нежелана остава възрастта над 50г. (4,3%). Около една трета от мъжете и жените смятат, че няма значение възрастта на обслужващото лице.

Фиг. 22. Предпочитание за възрастта на обслужващото лице при мъжете.



Фиг. 23. Предпочитание за възрастта на обслужващото лице при жените.



Информираността на пациентите за различни услуги и потребността от нея се разглежда от въпрос 22 от въпросника (Приложение 2). На фиг. 24 е показана ясно потребността на пациентите от разясняване на правната уредба относно

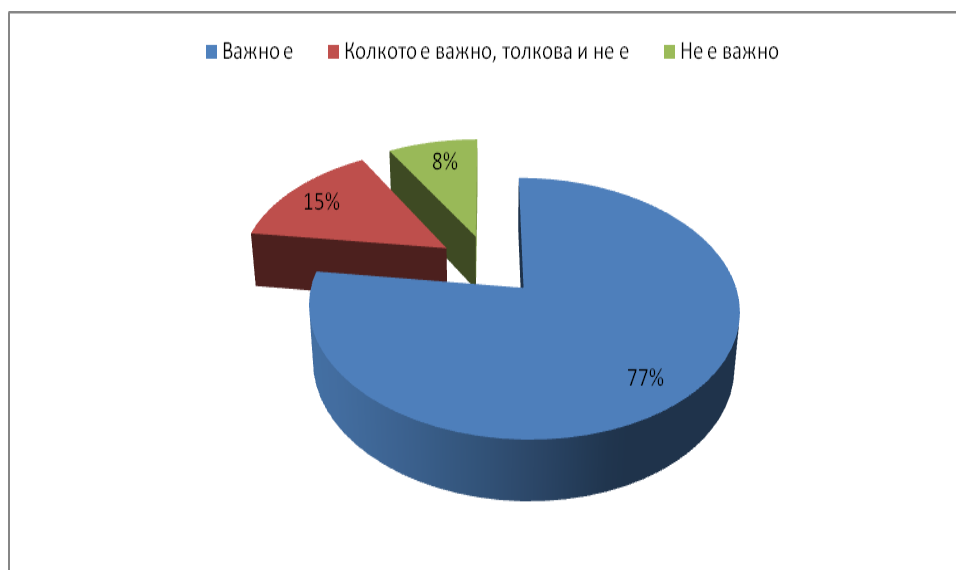
възможностите по обслужване от организация, предоставяща „медицински патронаж в домашни условия“. 84% от запитаните смятат за необходимо това.

Фиг. 24. Необходимост от разясняване на правната уредба относно „медицинския патронаж в домашни условия“.



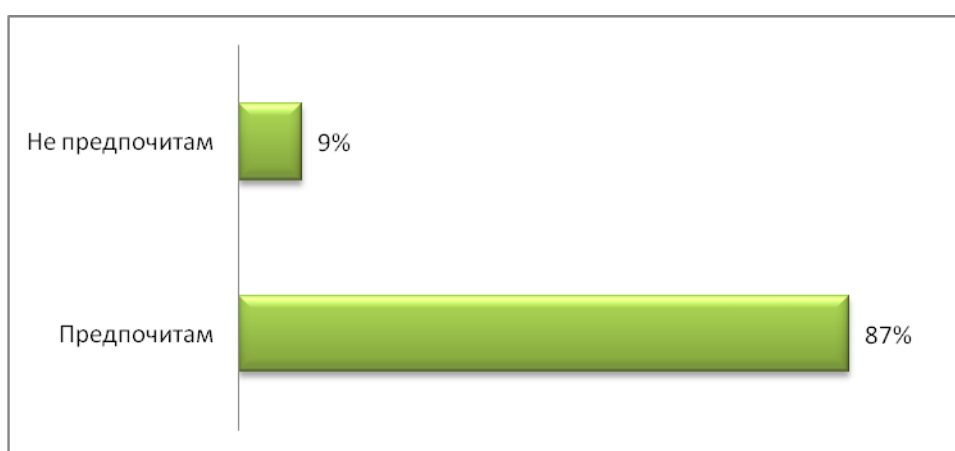
Мнозинството от потенциалните потребители на услугата „медицински патронаж в домашни условия“ (77%) (фиг. 25) намират за важно и същевременно необходимо провеждането на специални информационни мероприятия, свързани със здравното състояние на пациента. 15% от анкетираните не могат точно да преценят важността на такова мероприятие, а 8 % смятат, че не е важно провеждането му за обслужване на нуждаещото се лице.

Фиг. 25. Необходимост от провеждане на специални информационни мероприятия, свързани със здравното състояние на пациента.



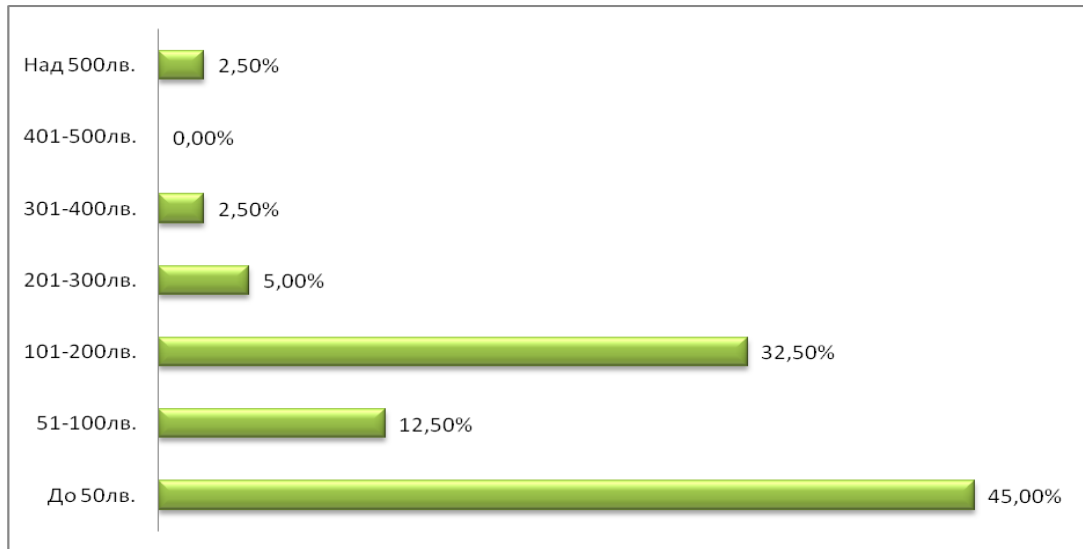
От анкетиранияте 300 лежащо болни пациенти, 87 % предпочитат да сключат писмен договор с обслужващата организация (фиг. 26). Отговорността по обслужването се прехвърля върху структурата за „медицински патронаж в домашни условия“ като по този начин се разглежда качеството на обслужване и се търси удовлетвореност сред пациентите и потребителите на услугата. Едва 9 % твърдят, че не е нужен писмен договор, регламентиращ дейността и отговорността.

Фиг. 26. Предпочитание за сключване на писмен договор за предоставяне на „медицински патронаж в домашни условия“.

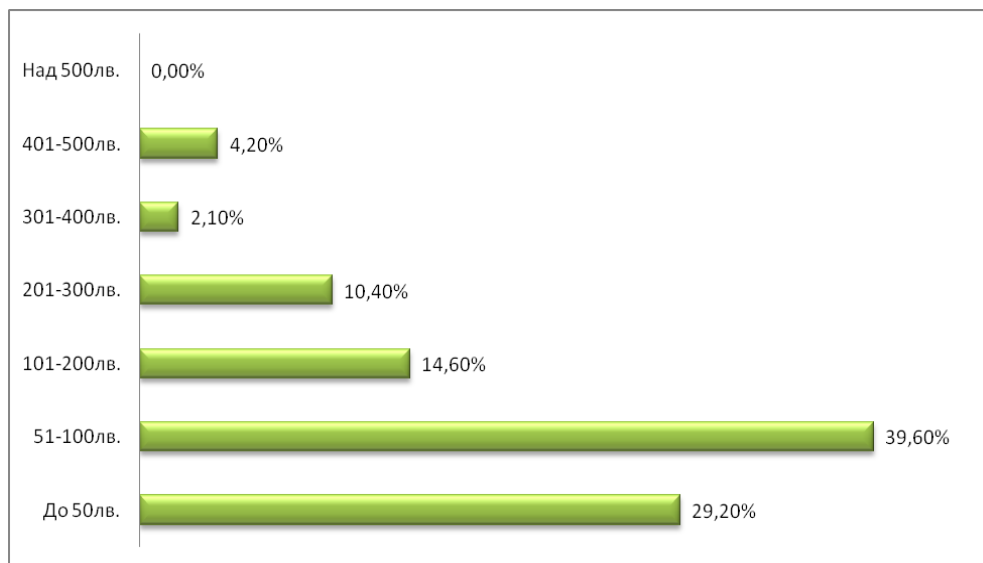


Озадачаващи са резултатите от анкетното проучване на въпроса за финансовите средства, които нуждаещите се биха могли да заделят, за осигуряване на услугата „медицински патронаж в домашни условия“. Болшинството от тези, които определят себе си като запознати със същността на услугата (фиг. 27), посочват, че биха предвидили за нея месечно до 50 лв. (45%), докато хората, които заявяват, че не познават този тип услуга (фиг. 28) в по-голямата си част биха отделили повече пари за нея – 51-100 лв. (39,6%). Трудно е за обяснение именно тази тенденция, при която се твърди, че се познава дадената услуга, която е свързана с използването на специализиран медицински персонал, на заделянето на значително време и усилия и същевременно да се посочва сумата до 50 лв. месечно като релевантна за подобен тип дейност.

Фиг. 27. Средства, които биха се заделяли на месец от запознатите с услугата „Медицински патронаж в домашни условия“.



Фиг. 28. Средства, които биха се заделяли на месец от незапознатите с услугата „медицински патронаж в домашни условия“.

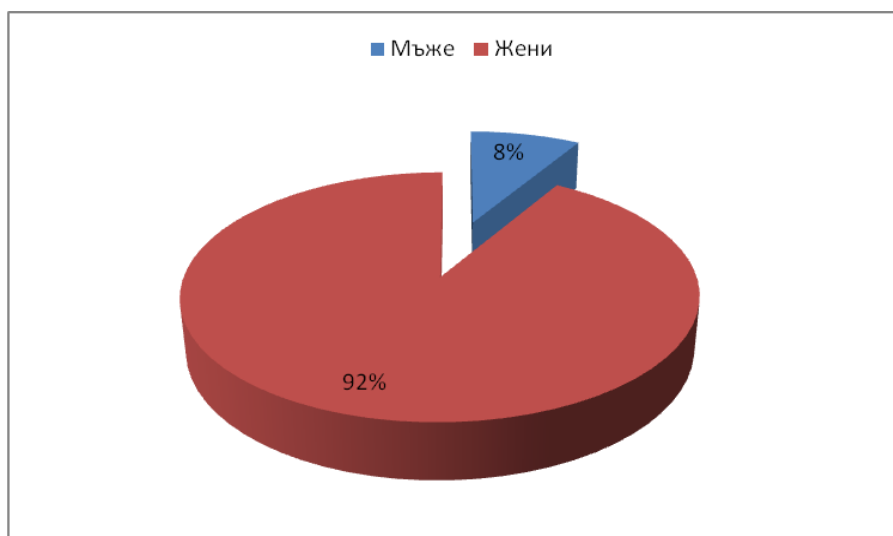


5 Глава. Анализ на данните от проучване на мнението на медицинските специалисти

Второто проучване на дисертационния труд „Маркетинг на дейността медицински патронаж в домашни условия“ е проведено сред 400 специалисти, работещи в лечебни заведения на територията на Република България в периода септември 2011 г. - януари 2012 г. Обхванати са лечебни заведения в гр. София: УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“, Военномедицинска Академия, Университетска болница „Александровска“, Университетска акушеро-гинекологична болница „Майчин дом“, 5-та МБАЛ, 1-ва МБАЛ, „АСМП Медицински център София 2000“; гр. Плевен: УМБАЛ „Георги Странски“; гр. Пловдив: УМБАЛ „Свети Георги“ ЕАД; гр. Варна: МБАЛ „Света Анна - Варна“ АД; гр. Бургас: „МБАЛ – Бургас“ АД, гр. Кърджали: МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски“. Информацията от емпиричното социологическо изследване е събрана от анкетни карти, изготвени за целите на този научен труд. Данните от проучването са организирани в специална таблица и информацията е обработена посредством статистическата и аналитична програма SPSS (Statistical Package for Social Science). Направен е анализ на едномерните разпределения на всички въпроси, двумерни разпределения, анализ на връзки при качествени фактор и резултат, анализ на връзки при качествен фактор и количествен резултат, анализ на връзки при количествен фактор и количествен резултат, интерпретиране на числовите характеристики и графична илюстрация на данните.

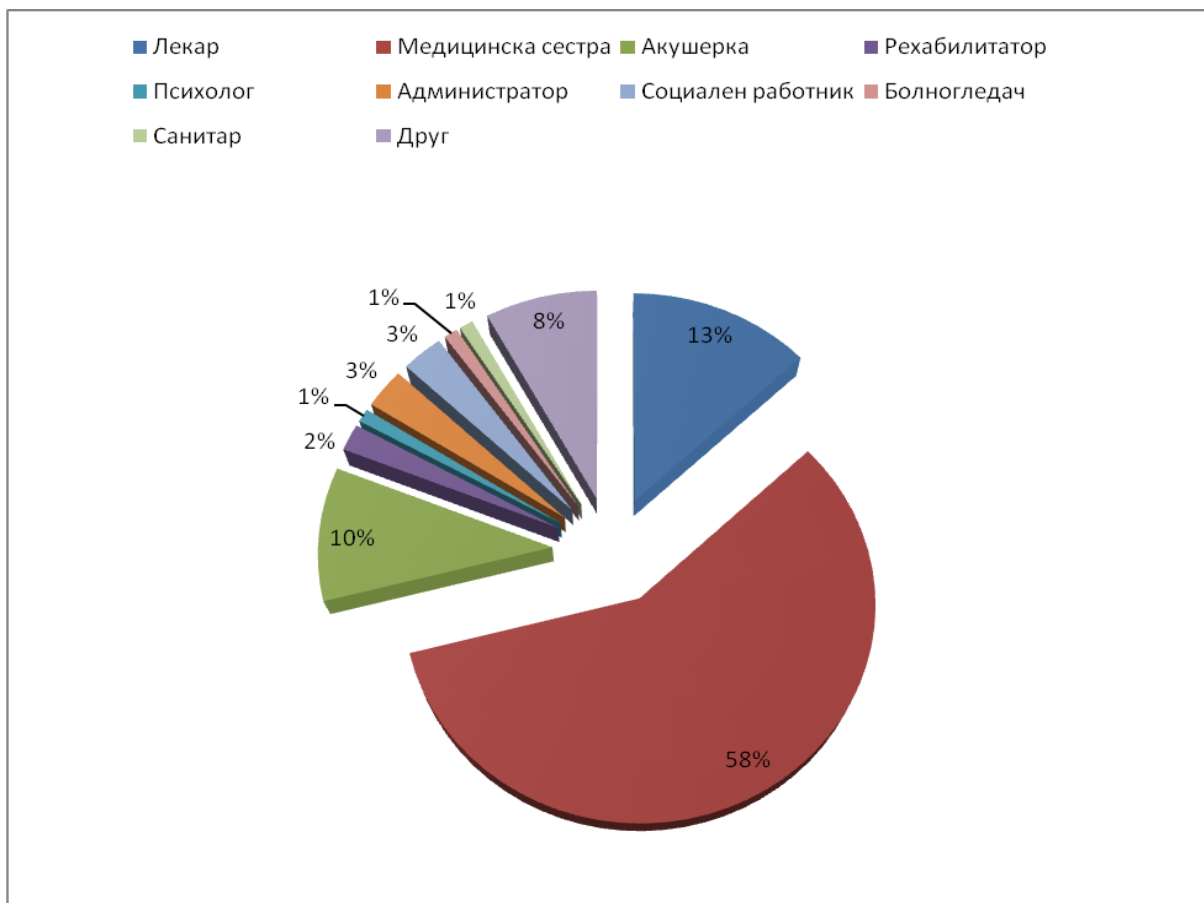
Анкетираните имат пряко отношение към проблематиката на дисертационния труд като едни от възможните изпълнители на услугата „медицински патронаж в домашни условия“. Разпределението по пол на анкетираните е следното: 92% са жени, а 8% са мъже (фиг. 29).

Фиг. 29. Разпределение по пол на анкетираните специалисти.



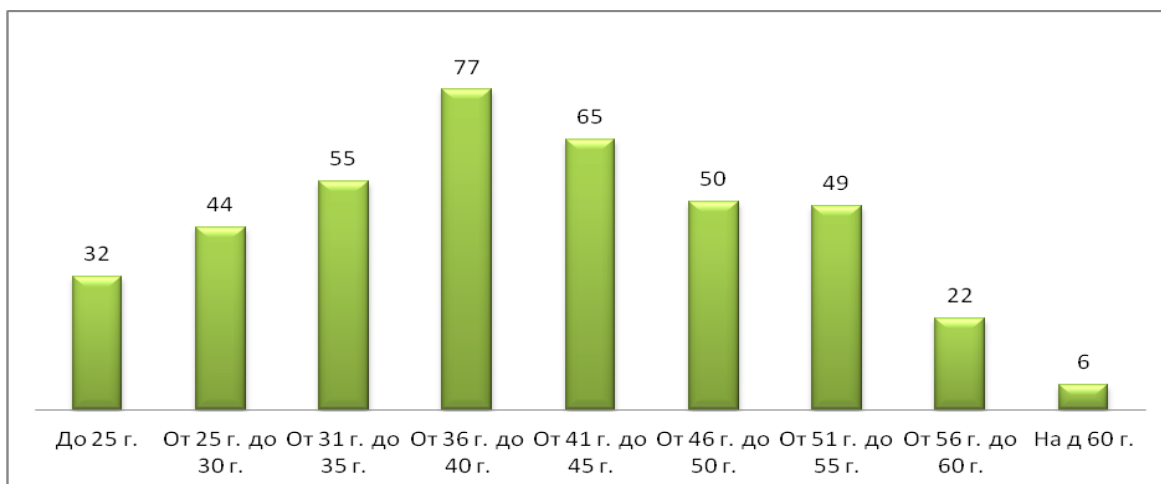
Сред допитаните мнозинството са медицински сестри (58 %). 13 % са лекари (фиг. 30). Почти толкова са и респондентите, които отбелязват като своя професия акушерството. 1 % са санитарни, 2 % - рехабилитатори, 1 % - психолози, 3 % изпълняват административни задачи, 3 % са социални работници, 1 % - болногледачи. Многобройна е групата, които посочват друга професия (8 %), като например лаборант, оптик, фелдшер, зъботехник и др.

Фиг. 30. Професия.



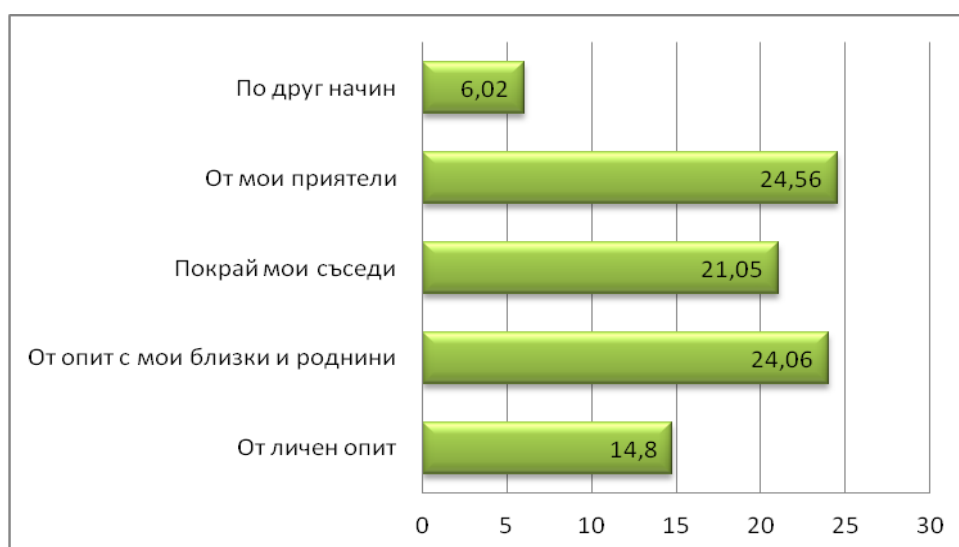
На фиг. 31 е показано възрастовото разпределение на анкетираните специалисти от лечебните заведения. Най-голям брой запитани са във възрастовата граница между 36 и 40 годишна възраст (77 човека). 65 от респондентите са между 41 и 45 години, 55 човека са между 31 и 35 години, 50 и съответно 49 специалисти са между 46 и 50 години и съответно 51 до 55 години. Около една десета (44 човека) са на възраст между 25 и 30, 32 специалисти са на възраст до 25 години и 28 човека на възраст над 56 години.

Фиг. 31. Възрастова разпределение на анкетираните (брой респонденти).



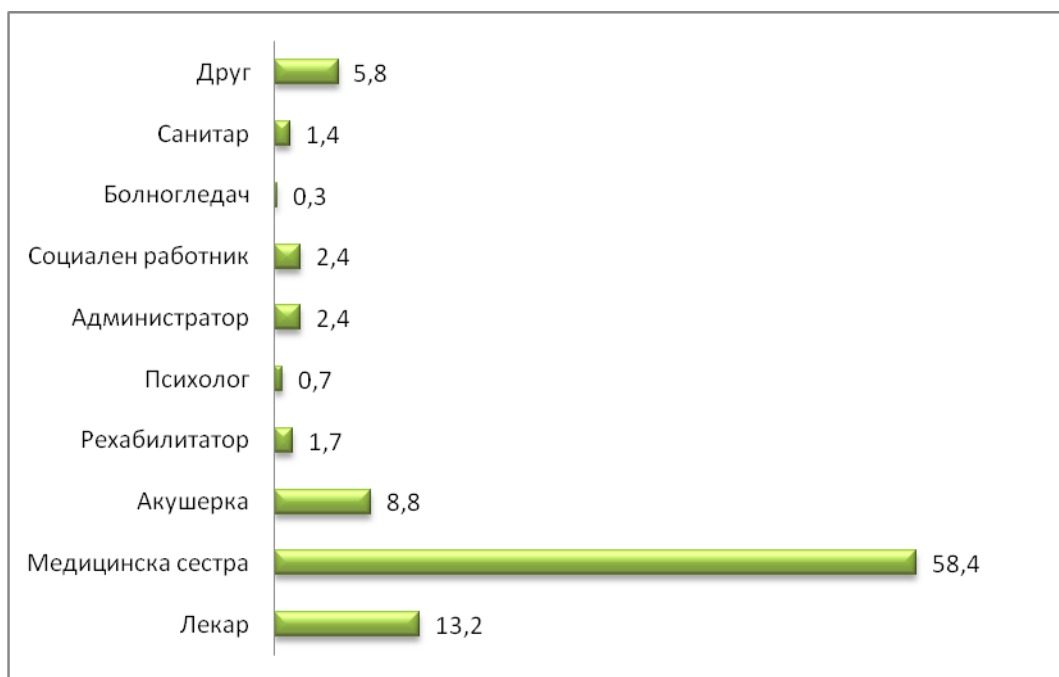
Основната цел на проучването е да се установи, доколко респондентите разполагат с информация за същността на услугата „медицински патронаж в домашни условия“ и какво е мнението им относно следните аспекти: потребности на населението, съдържание на услугата, изпълнители, въпроси, касаещи организационни проблеми, финансиране на услугата и др. Данните от проучването показват, че 74,2 % от анкетираните познават тази услуга (Въпрос 1). На фиг. 32 са показани данните от къде специалистите познават тази услуга, а именно от опит с близки и роднини (24,06 %), от приятели (24,56 %), от съседи (21,05 %), от личен опит (14,8 %) и по друг начин (6,02 %). От респондентите, посочили че познават услугата по друг начин, са дадени следните отговори: от висшето учебно заведение и преподаватели, от литературата, от медиите, от участие в международни проекти, от пациенти и от месторабота.

Фиг. 32. Причини за познаване на услугата „Медицински патронаж в домашни условия“.



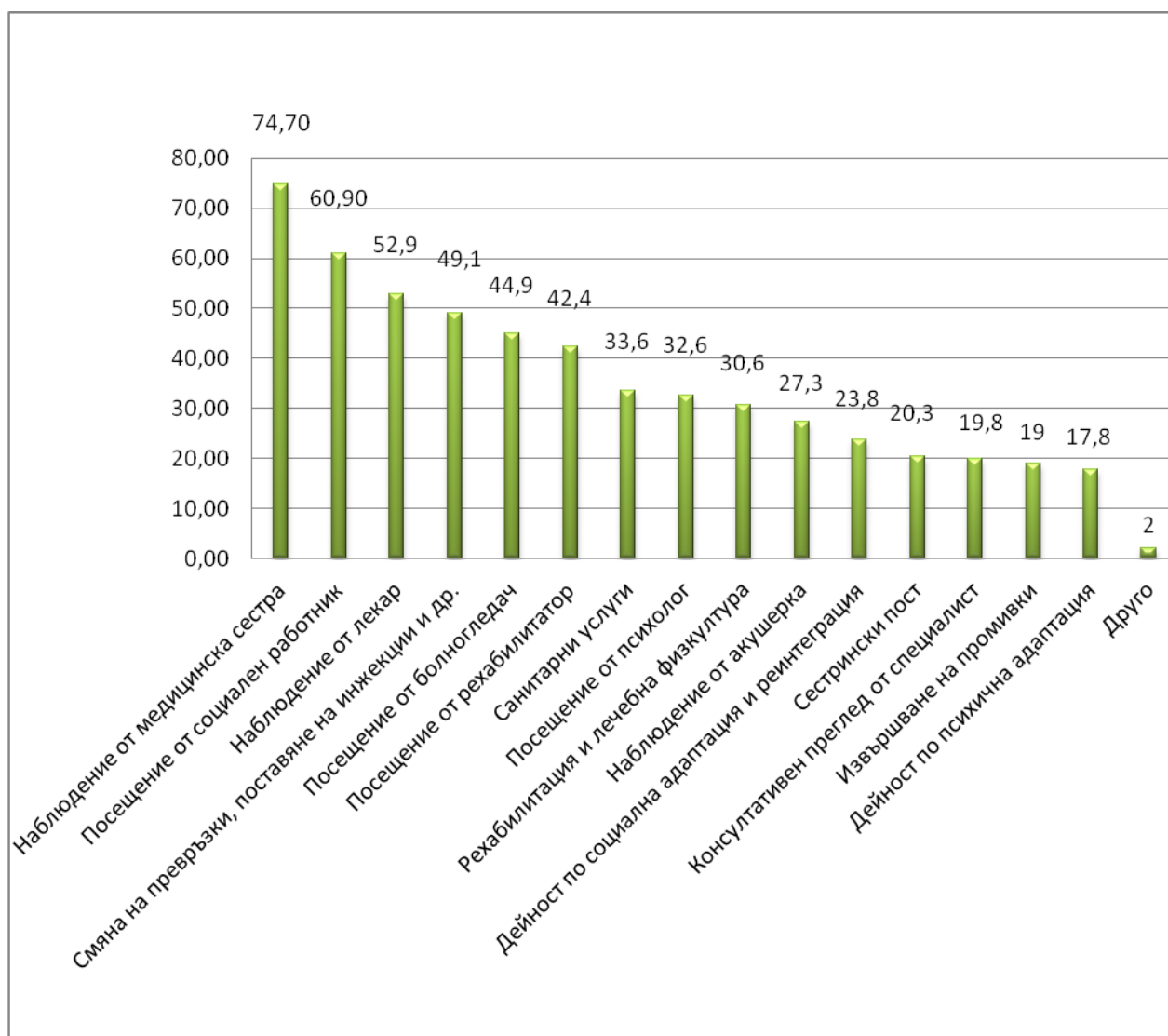
Анкетираните специалисти, които познават услугата „медицински патронаж в домашни условия“, имат следните професии (фиг. 33). Повече от половината специалисти са медицински сестри (58,4 %). Втората голяма група са лекарите (13,2 %), следвани от акушерките (8,8 %).

Фиг. 33. Професия на анкетираните, които познават услугата „медицински патронаж в домашни условия“.



Мнението на анкетираните относно услугите, които се включват в дейността „медицински патронаж в домашни условия“ е представено на фиг. 34. То е свързано основно с домашни посещения и наблюдение от медицинска сестра (74,7 %), посещение от социален работник (60,9 %), наблюдение от лекар (52,9), смяна превръзки, поставяне на инжекции и др. (49,1 %), посещение от болногледач (44,9 %), посещение от рехабилитатор (42,4 %), извършване на санитарни услуги (33,6 %), посещение от психолог (32,6 %), извършване на рехабилитация и лечебна физкултура (30,6 %), наблюдение от акушерка (27,3 %), извършване на дейности по социална адаптация и реинтеграция (23,8 %), осигуряване на сестрински пост (20,3 %), извършване на консултативен преглед от специалист (19,8 %), извършване на промивки (19 %), осъществяване на дейности по психичната адаптация на пациентите (17,8 %) и други: всички изброени дейности, доставка на храна (2 %).

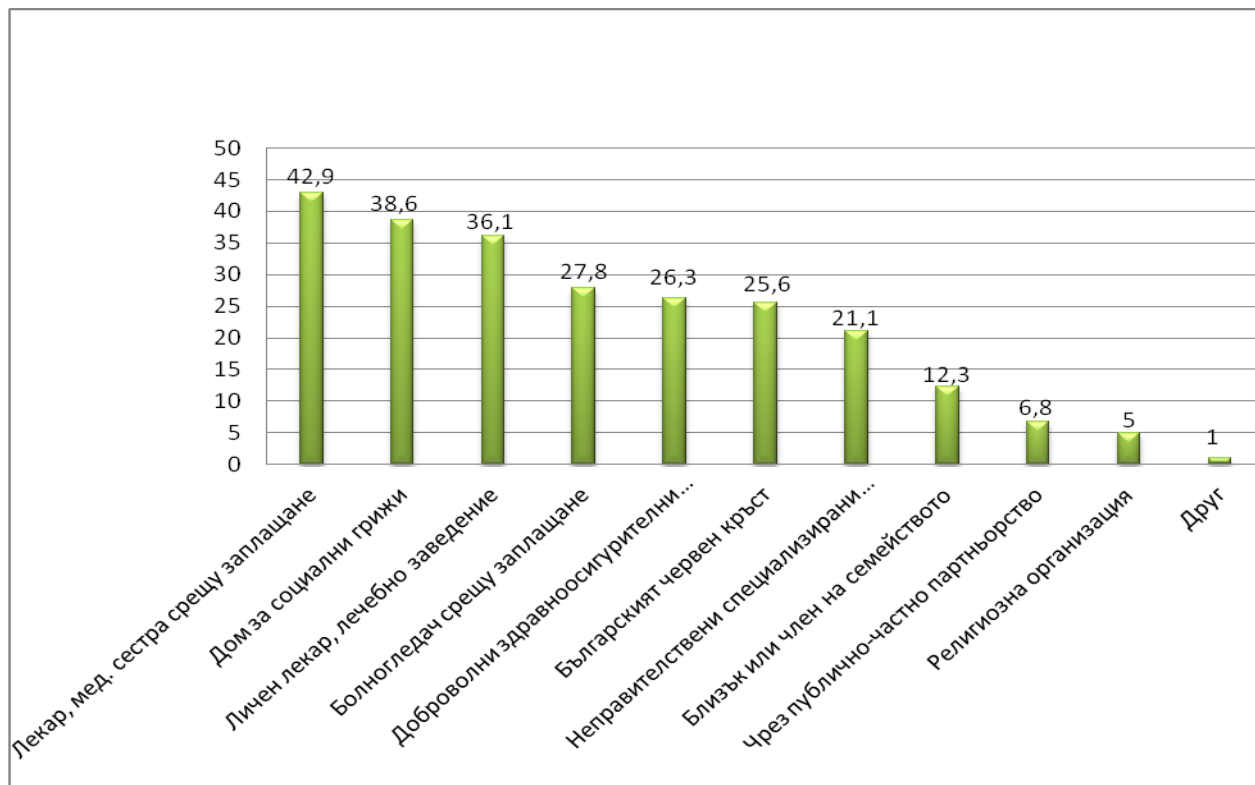
Фиг. 34. Предоставяни услуги от „медицинския патронаж в домашни условия”.



Данните от анкетата посочват като подходящи следните организации за предоставяне на „медицински патронаж в домашни условия“, описани на фиг. 35. С най-голям дял от доставчиците на услугата, респондентите определят лекар и медицинска сестра срещу заплащане (42,9 %), последвани от дом за социални грижи (38,6 %), личен лекар и лечебно заведение (36,1 %). От четвърто до шесто място се наблюдава малка разлика в мнението на специалистите: боногледач срещу заплащане (27,8 %), доброволни здравноосигурителни дружества (26,3 %) и Българският червен кръст (25,6 %). Една пета от анкетираните смятат, че неправителствени специализирани организации трябва да предоставят тази услуга (21,1 %). 12,3 % от специалистите посочват, че за пациентите могат да се грижат и членовете на семействата им. За сравнение с проучването, проведено сред лежачоболни пациенти, най-голям дял посочват дома за социални грижи (38

%), последван от личния лекар и лечебно заведение (36 %), Българският червен кръст и лекар, медицинска сестра срещу заплащане са отбелязани от 30 %, болногледач срещу заплащане от 24 % и близък или член на семейството от 16 %.

Фиг. 35. Организации, предоставящи услугата „медицински патронаж в домашни условия”.



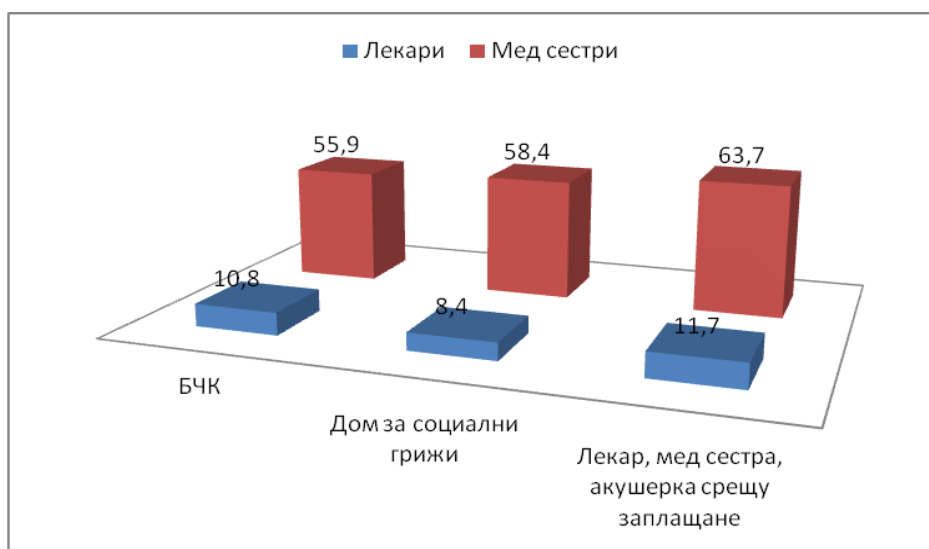
Мнозинството от респондентите, които познават услугата, са на мнение, че тя трябва да бъде предоставяна от дом за медико-социални грижи (42,2 %) (фиг. 36). 27,4 % смятат за подходящ доставчик Българския Червен Кръст. На трето място са отбелязани близки и членове на семейството (23,3 %).

Фиг. 36. Мнение на специалистите, които познават услугата, от кого трябва да се предоставя „медицинският патронаж в домашни условия“.



Най-значимите резултати при сравнителен анализ на данните от проучването на професията на специалистите и определяне на подходящата организация за предоставяне на грижи в дома са представени на фиг. 37. Наблюдава се разлика в пъти при отговорите на лекарите и медицинските сестри. Така напр. 10,8 % от лекарите са на мнение, че подходящата организация е БЧК, докато повече от половината медицински сестри (55,9 %) са на това мнение. Също толкова драстична е и разликата при определяне за подходящи домовете за медико-социални грижи и възможността за наемане на лекар, медицинска сестра и акушерка срещу заплащане.

Фиг. 37. Мнение на лекари и медицински сестри кой трябва да предоставя услугата „медицински патронаж в домашни условия“.



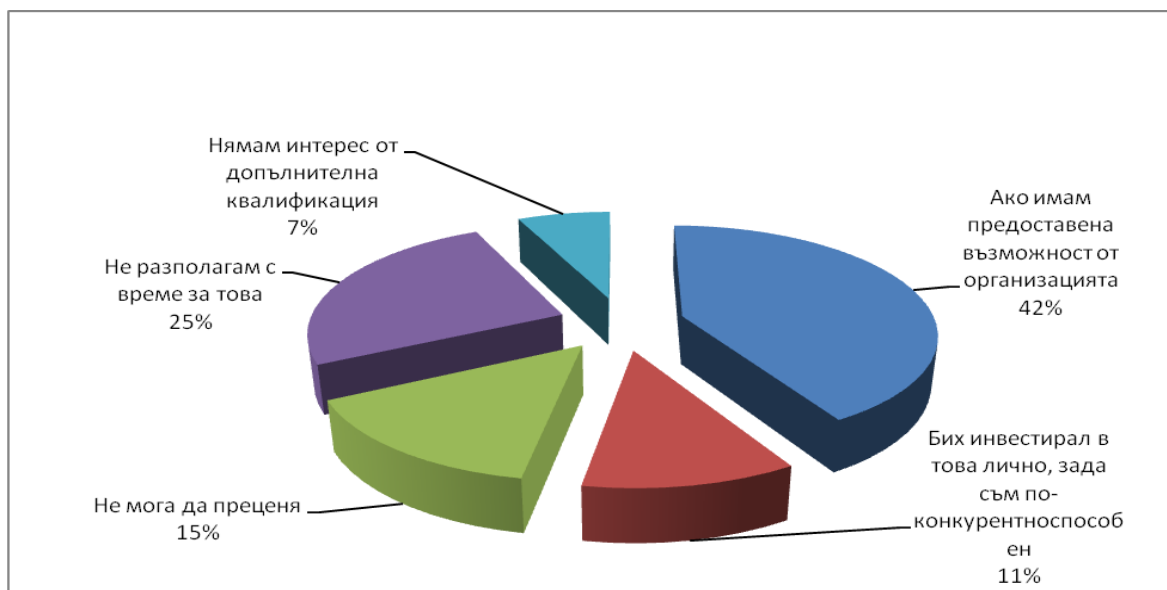
Според данните от проучването най-често услугата „медицински патронаж в домашни условия“ се търси според специалистите с цел по-добро обгрижване на обслужваното лице от професионалист (63,9 %) (фиг. 38). Половината респонденти (53,6 %) са на мнение, че липсата на свободен роднина също е честа предпоставка за търсене на тази грижа. 42,1 % виждат в невъзможността за по-дълъг отпуск за гледане на пациента таргетна група. Едва една четвърт смятат, че поради изтощение на членовете на семейството и близките от грижите за болния, човек би потърсил такава организация. 10,3 % смятат за причина проблеми с други роднини.

Фиг. 38. Случаи, в които се търси услугата „медицински патронаж в домашни условия“.



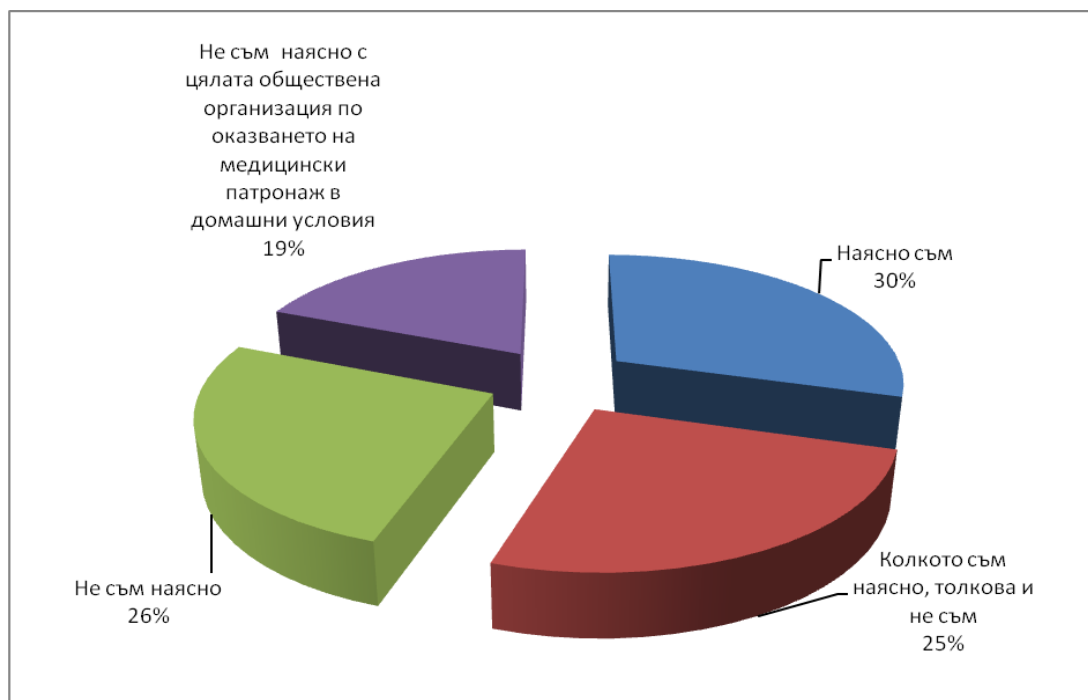
Специфичността на обгрижване на пациенти в домовете предполага допълнително обучение и квалификация на всички видове специалисти, включени в този процес. Дисертационният труд има за цел не само да изследва потребността от тази услуга в условията на сегашната здравна система в България според пациенти и медицински специалисти, но и да установи дали има подготвени специалисти и колко от тях биха предприели стъпки за подготовка и преквалификация за такава дейност. Според проучването 53 % заявяват готовност за допълнително обучение в тази сфера, в т.ч. 42 % ако се предоставя от организацията и 11 % биха инвестирали лично с цел повишаване конкурентноспособността си (фиг. 39). Останалите 47 % се разпределят както следва: 7 % не виждат интерес, 25 % не разполагат с време за допълнително обучение и 15 % нямат мнение по въпроса.

Фиг. 39. Готовност за допълнително обучение за специфични грижи при „медицинския патронаж в домашни условия“.



Една от дейностите на „медицинския патронаж в домашни условия“ е свързана с процедурата по подготовка на ТЕЛК, НЕЛК, социалните и общински служби и т.н. От проучването става ясно, че почти една пета (фиг. 40) от анкетираните не са наясно с обществената организация по оказването на медицински патронаж в домашни условия (18,9 %). 29,5 % заявяват, че са наясно относно тази процедура, а 26 % че не са. Една четвърт не могат да определят.

Фиг. 40. Компетентност на специалистите относно процедурата по подготовка на ТЕЛК, НЕЛК, социални и общински служби и т.н.



Организирането на дейността по обслужването на пациенти в домовете е свързана с предоставяне на сигурност за тях и техните близки от качествено обслужване. Качеството е величина, която се измерва чрез субективните елементи удовлетвореност, точност, безопасност, защитеност, обезпеченост и т.н. За сигурността на пациентите от съществено значение е кооперирането на обслужващата организация с болнични лечебни заведения в близост до дома на болния. От една страна при нестабилност на състоянието на пациента, той може бързо да бъде транспортиран и приет в болница, което засилва субективният фактор на сигурността при избор на организация за „медицински патронаж в домашни условия“. От друга страна лечебните заведения биха могли да бъдат най-добрият „проводник“¹⁸⁸ и поръчител на пациентите. От следващата фигура става ясно, как специалистите от лечебните заведения оценяват това сътрудничество. 88 % смятат, че е важно обслужващата организация да си сътрудничи с болнично лечебно заведение в близост. Като мотиви те изтъкват възможността за бърза и адекватна намеса при спешен случай, сигурност за пациента от гледна точка на гаранция за присъствие на всички специалисти, навременна хоспитализация, затваряне на веригата на обслужване на пациентите. От фигурата става ясно, че 6 % смятат, че не е важно сътрудничеството, но те не са посочили никакви мотиви за това мнение. От всички анкетирани 6 % не са дали отговор на въпроса. На фиг. 42 е показан резултата от сравнителния анализ на две от величините. Според 88 % от респондентите, които познават услугата

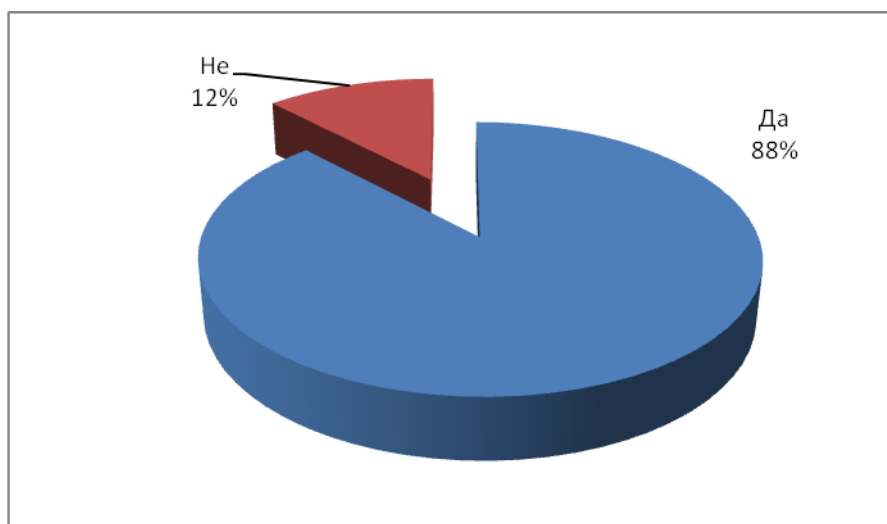
¹⁸⁸ Маркетър

„медицински патронаж в домашни условия“, смятат за важно организацията да си сътрудничи с лечебно заведение в близост.

Фиг. 41. Значение на сътрудничеството на обслужващата организация с лечебно заведение в близост.



Фиг. 42. Специалистите, които познават услугата, смятат че организацията трябва да си сътрудничи с болнично заведение в близост.



Услугите, предоставяни от организация за „медицински патронаж в домашни условия“ могат да бъдат разнородни. Една от задачите на дисертационния труд и на проучването е да установи какви са потребностите от услугите според специалистите от лечебните заведения. На фиг. 43 са показани резултатите от изследването. Според 68,7 % анкетирани, обслужваното лице има най-голяма нужда от поддържане на личната хигиена. Почти толкова посочват като основна нужда и справянето с болката (68,2 %). От проучването става ясно,

че основните нужди са рехабилитация, контрол на симптомите, съдействие и придружаване и водене на свободен разговор и социална комуникация. От събраните данни личи тенденция и към нужда от социални услуги, а не само строго медицински дейности. 5,8 % са посочили и други услуги, от които според тях има нужда пациентът: хранене и поставяне на диета според заболяването, даване на лекарства, психотерапия, както и други строго специфични индивидуални нужди на болния или възрастен човек.

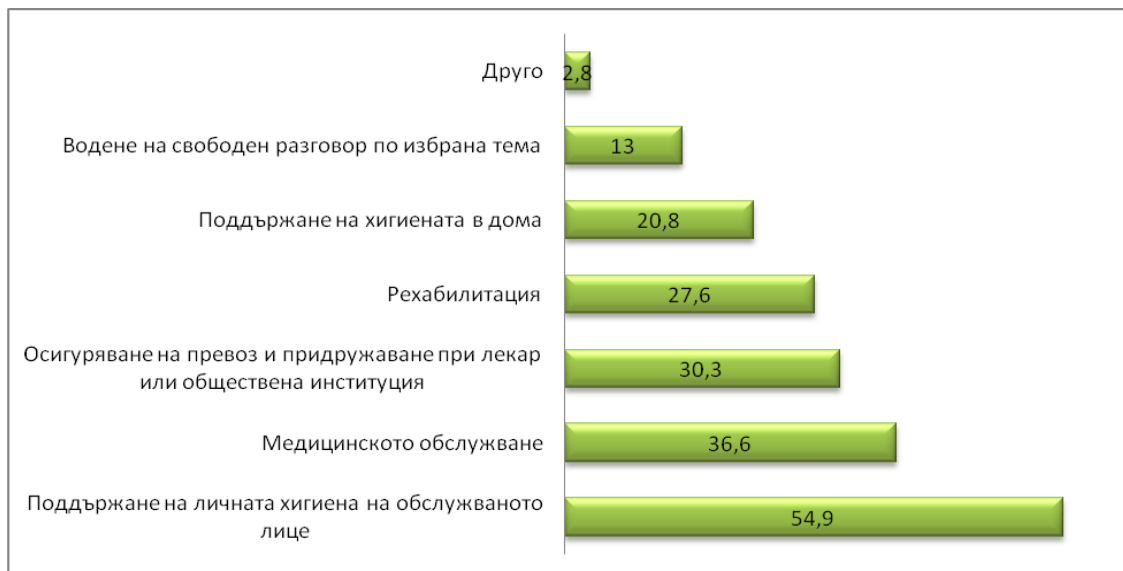
Фиг. 43. Потребности на пациентите според медицинските специалисти.



След потребностите на пациентите според медицинските специалисти ще разгледам най-натоварващите дейности според тях. На фиг. 44 са изброени услугите, окачени като обременяващи и затрудняващи според всички анкетираните, а на фиг. 45 са дадени резултатите от анкетираните, които познават услугата. На първо място е определена дейността по поддържане на личната хигиена на обслужваното лице (54,9 %). Причините за това могат да бъдат съпротива на пациента при тази дейност, както и породени неприятни чувства в обслужващото лице. При нужда от такава дейност пациентът трябва да бъде подготвен предварително от професионалист и чак тогава да се пристъпи към извършване. Това може да бъде и доводът за посочване на по-висок процент на тази дейност от респондентите (58,4 %) (фиг. 45), познаващи услугата. Други натоварващи дейности са отбелязани медицинското обслужване (36,6 %, фиг. 44) и (36,5 %, фиг. 45) и рехабилитацията (27,6 %, фиг. 44) и (29,1 %, фиг. 45). Според една трета от специалистите (30,3 %, фиг. 44) и (31,1 %, фиг. 45) осигуряването на превоз и придружаване на обслужваното лице при лекар или до обществена институция е също едно от най-натоварващите грижи. Под друго всички 2,8 % са

допълнили грижите, свързани с подпомагане на психичното здраве на пациентите.

Фиг. 44. Най-натоварващите дейности при грижите в дома според медицинските специалисти.



Фиг. 45. Услуги, за които специалистите, които познават услугата, смятат че са най-натоварващи.



Според данните от анкетата, на въпроса „Бихте ли обслужвали и общували с обслужвано лице с деменция?“, честотното разпределение на отговорите е следното (фиг. 46): само една трета заявяват готовност за обслужване и

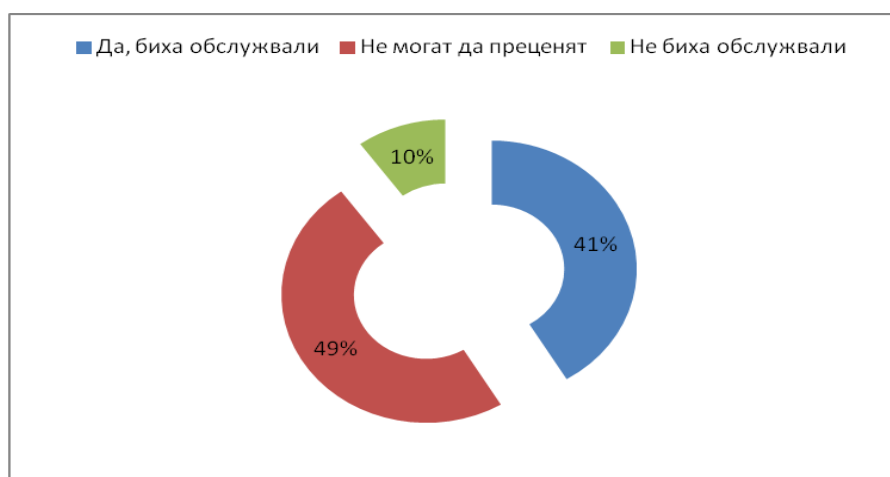
общуване, докато половината (51 %) не могат да преценят, около една шеста (16 %) заявяват категоричен отказ.

Фиг. 46. Готовност за обслужване и общуване с лице с деменция.



Съпоставени са резултатите на специалистите, които смятат, че организацията трябва да предлага дейности по психичната адаптация на пациентите (фиг. 47) и дейности по социалната адаптация и реинтеграция на пациентите (фиг. 48) и в същото време имат готовност за обслужване на пациент с деменция. Резултатите и при двете съпоставки са сходни за хората, които не биха обслужвали лице с деменция. Според 41 % (фиг. 47), които определят за необходимо предоставяне на дейности по психична адаптация, биха обслужвали болен с горепосочената диагноза. Около една трета (34 %, фиг. 48) оценяват важността на действията по социалната адаптация и реинтеграция и също биха се грижили за пациент с деменция.

Фиг. 47. Специалистите, които смятат, че организацията трябва да предлага дейности по психичната адаптация на пациента и биха обслужвали лице с деменция.

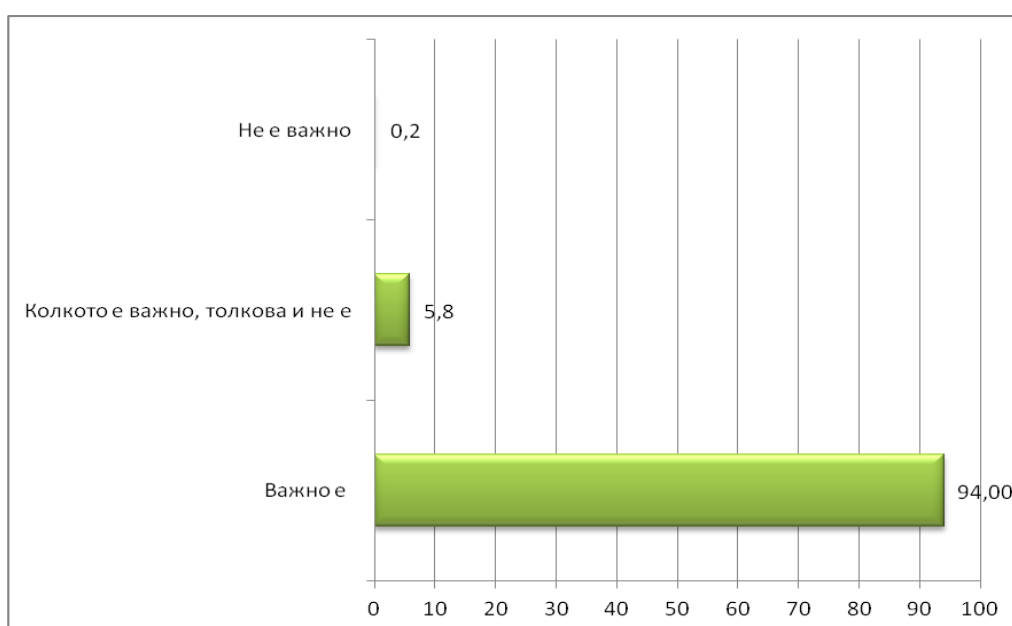


Фиг. 48. Специалистите, които смятат, че организацията трябва да предлага дейности по социалната адаптация и реинтеграция на пациента и биха обслужвали лице с деменция.



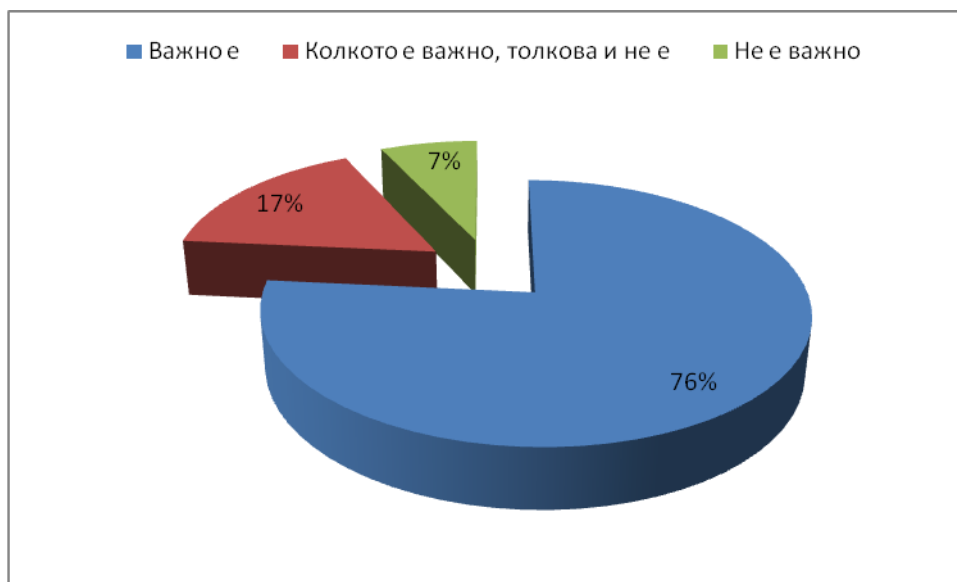
От дадените отговори на анкетираните специалисти, работещи в лечебни заведения, мнозинството от анкетираните (94 %) изразява ясна положителна позиция за важността от обсъждане на здравното състояние на пациента с него и неговите близки (фиг. 49).

Фиг. 49. Важно ли е лекуващият лекар да обсъжда здравното състояние с обслужваното лице и неговите близки?



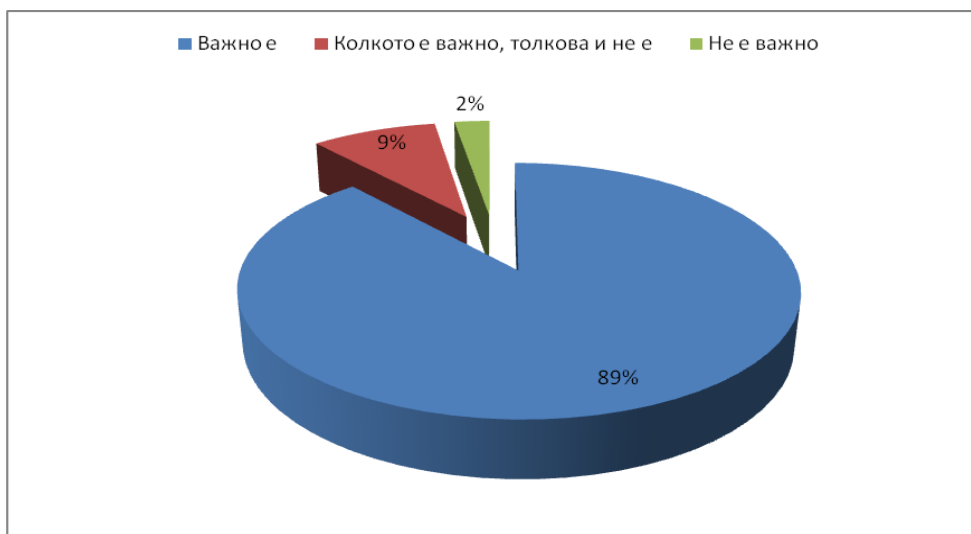
Извършването на планирането и изпълнението на дейностите на „медицинския патронаж в домашни условия“ може да бъде улеснено чрез воденето на дневник на обслужваното лице. На това мнение са 76 % от запитаните специалисти (фиг. 50).

Фиг. 50. Необходимост от водене на дневник на обслужваното лице.



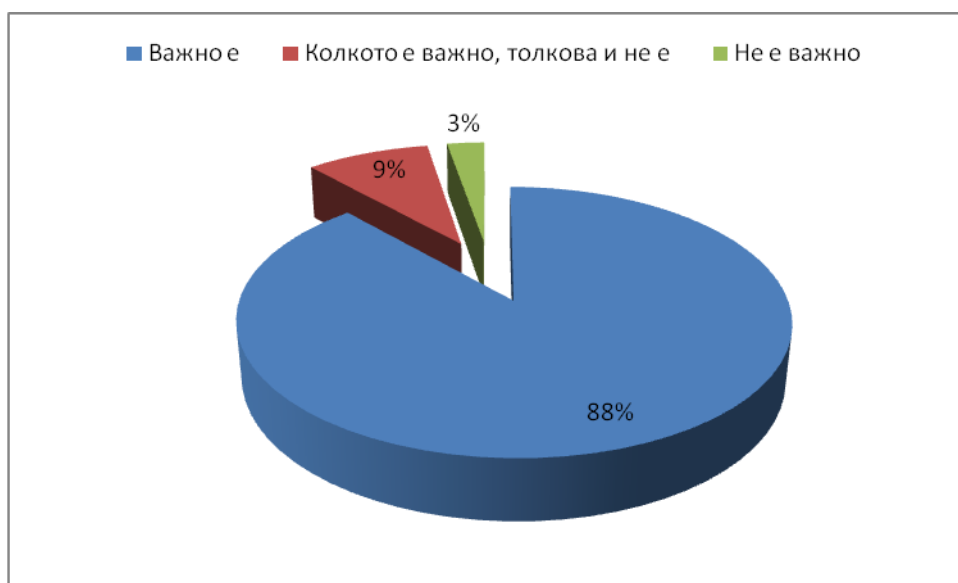
Съществуват състояния на пациентите, които позволяват обгрижване и от близките и роднините. Правилната грижа може да бъде подпомогната от посещение на мероприятия за информиране относно специфичностите на дадени здравни състояния, както и обучения за справяне с типични симптоми. На фиг. 51 са изобразени резултатите от проучването, като според 89 % от анкетираните е важно провеждането на специални информационни мероприятия и обучения, свързани със здравното състояние на пациента.

Фиг. 51. Значение на провеждането на информационни мероприятия и обучения, свързани със здравето състояние на пациента, от обслужващата организация.



Сходни са резултатите при съпоставката на този въпрос и запознатостта на респондентите с услугата „медицински патронаж в домашни условия“ (фиг. 52). Мнозинството (88 %) са на мнение, че информирането и обучението биха благоприятствали здравето състояние на пациента.

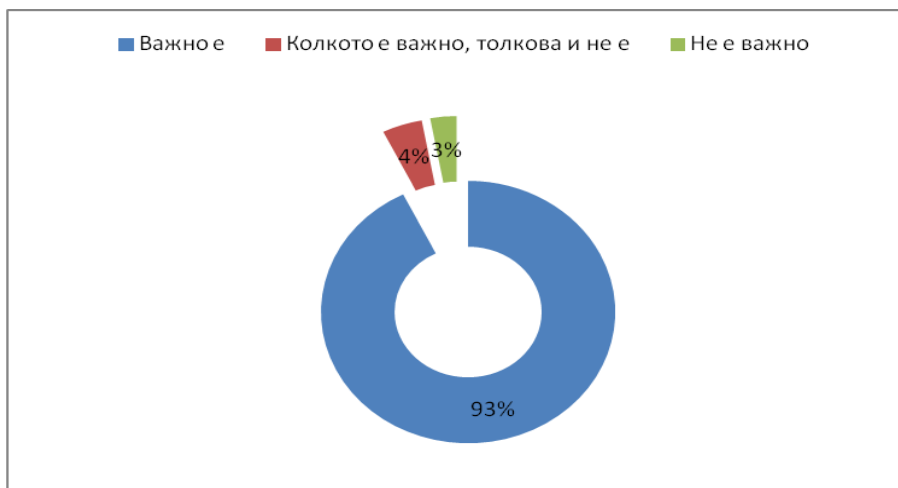
Фиг. 52. Значение на провеждането на информационни мероприятия и обучения, свързани със здравето състояние на пациента, от обслужващата организация, според запознатите с услугата специалисти.



Потвърждава се значимостта от провеждането на специални информационни мероприятия и обучения, свързани със здравето на пациента и от

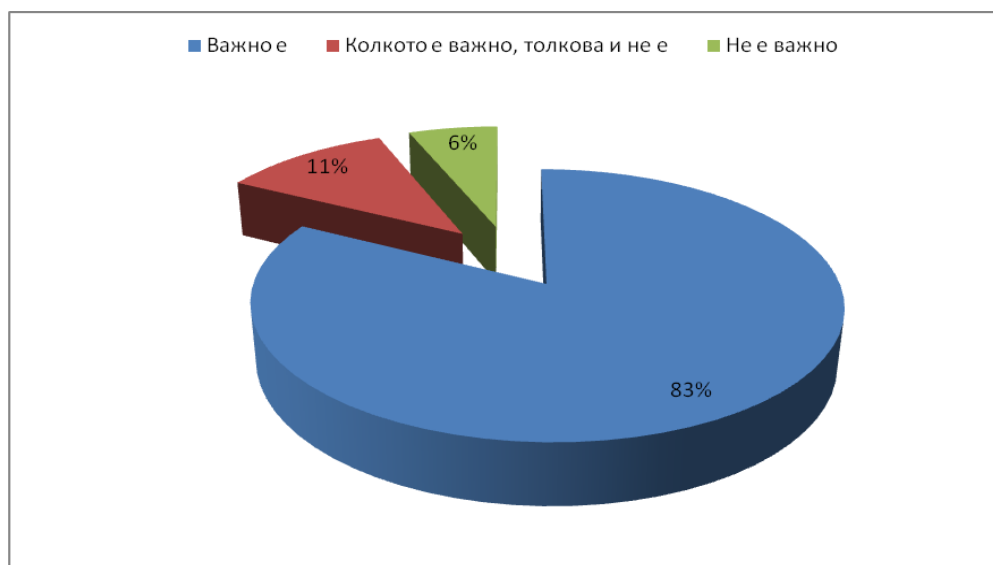
анкетиранияте, които смятат, че услугата трябва да включва дейности по социалната адаптация и реинтеграция на болния (фиг. 53). 93 % са убедени в положителния резултат от тази активност.

Фиг. 53. Значение на провеждането на специални информационни мероприятия и обучения, свързани със здравето на пациента, според специалистите, които смятат, че услугата включва и дейности по социалната адаптация и реинтеграция на пациентите.



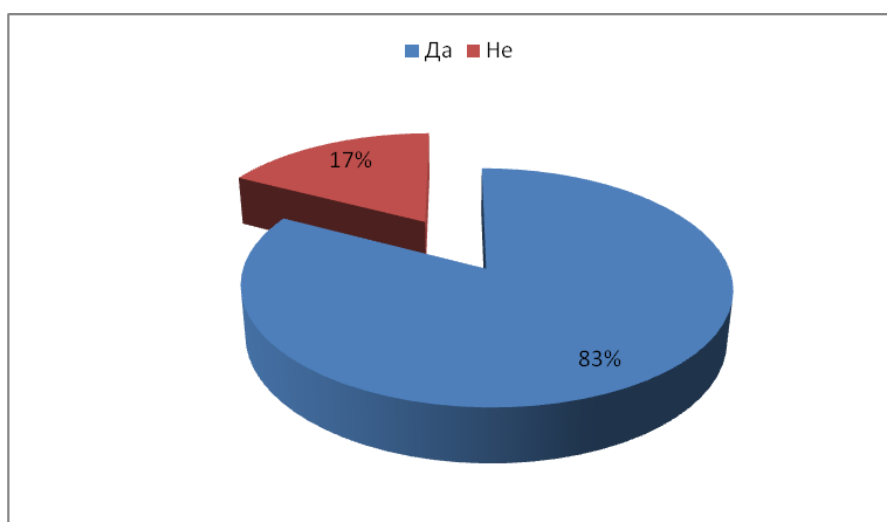
Също така категорично е позитивното становище на запитаните относно значението на предоставянето на писмена информация за организацията на грижите и живота на пациентите под формата на брошури, дигитални и др. (фиг. 54). 83 % изказват положително мнение по въпроса.

Фиг. 54. Значение на предоставянето на писмена информация за организацията на грижите и живота под формата на брошури, дигитални и др.



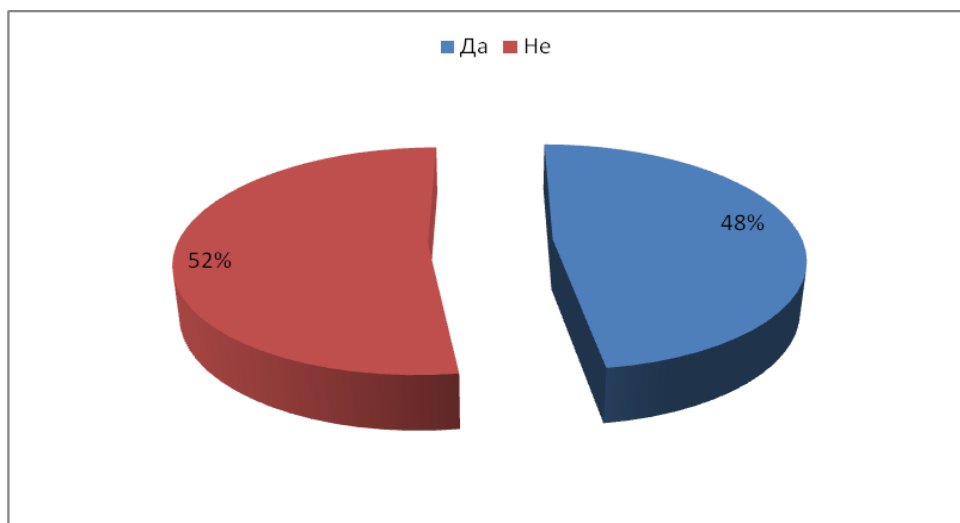
Една от главните цели на „медицинския патронаж в домашни условия“ е да се грижи професионално за психичното здраве на пациентите. Социалните занимания способстват душевната удовлетвореност. На това мнение са и 83 % от специалистите (фиг. 55), които смятат за важно, че с този вид допълнителна услуга животът ще бъде по-пълноценен, ще се наблегне на социалната интеграция и реинтеграция, социалната рехабилитация и адаптация. Пациентите ще общуват и с други хора в подобно положение, намиране на нови приятели и социални контакти, подпомагане на възстановителния процес. Според 17 % не е нужна организацията на срещи. Доводите, които се изтъкват най-често са, че няма смисъл от подобен вид срещи, естеството на работа не го изисква, трудност при осъществяване на такива срещи и др.

Фиг. 55. Необходимост от организиране на срещи за обслужваните лица (кафе, игри, културни мероприятия и други).



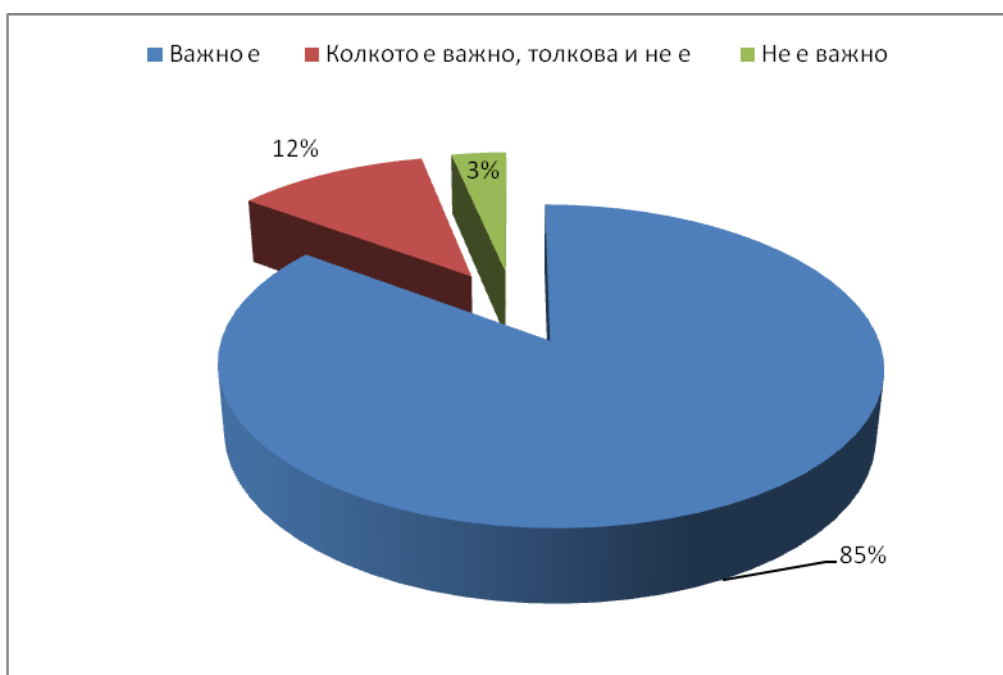
Освен социални развлечения, организацията за „медицински патронаж в домашни условия“ би могла да предоставя и допълнителни дейности като фризьорство, педикюр, административни, правни и стопански услуги (фиг. 56). Такава необходимост виждат по-малко от половината анкетиращи специалисти (48 %). Освен изброените между отговорите са често срещани и възможни дейности като пазаруване и козметични услуги.

Фиг. 56. Необходимост от предоставяне на допълнителни дейности като фризьорство, педикюр, административни, правни, стопански и други услуги.



Също така 85 % смятат, че е от значение разискването на планираните грижи с обслужваното лице и неговите близки (фиг. 57). Научни изследвания доказват хипотезата, че когато пациентът знае какви процедури ще му бъдат извършени, психическата преграда е по-ниска, както и съпротивата му за някои манипулации, за които той се чувства несигурен и неудобно.

Фиг. 57. Необходимост от обсъждане между служителите и обслужваните лица и техните близки поставените цели на планираните грижи.



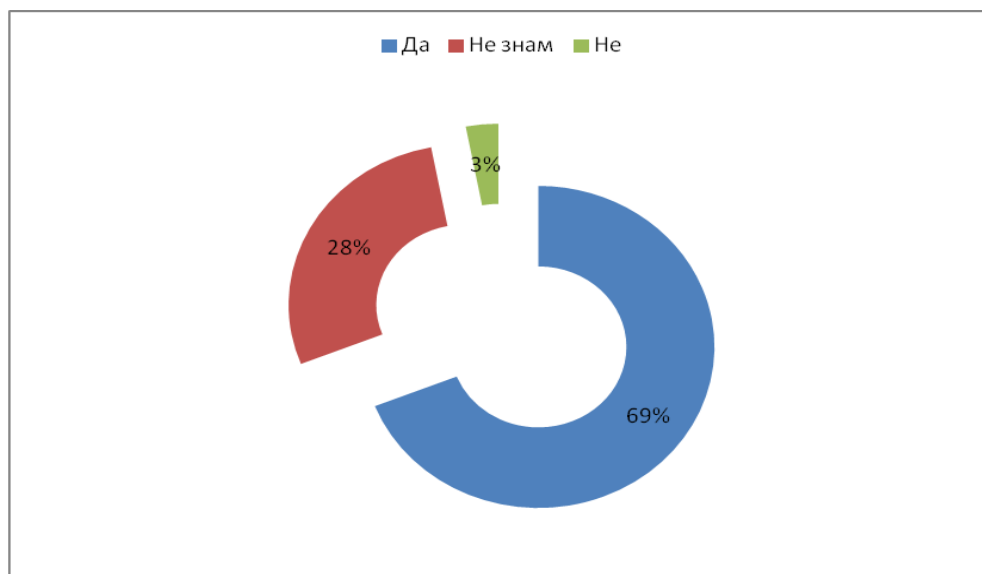
В началото на процеса на обгрижване на пациента се намира първоначалното посещение във връзка с определянето на нужните услуги. Тогава се обсъждат състоянието на пациента и съответните параметри на потребностите му. Анкетирани са помолени да определят по важност темите на първоначалния разговор. Данните са изобразени на фиг. 58. Според 90,2 % най-важно за определяне на нужните услуги, осигурявани от организацията за „медицински патронаж в домашни условия“, е обсъждане на здравното състояние на пациента. Почти две трети (64,4 %) смятат за следваща задължителна точка обсъждане на психичното състояние на болния. Половината от специалистите (49,4 %) са отбелязали и социалните проблеми. Едва една трета (33,1 %) смятат, че при първоначалното посещение от значение за определянето на услугите е обсъждането на финансовите параметри на услугата.

Фиг. 58. Обсъждане на кои елементи при първоначалното посещение са важни за определяне на нужните услуги?



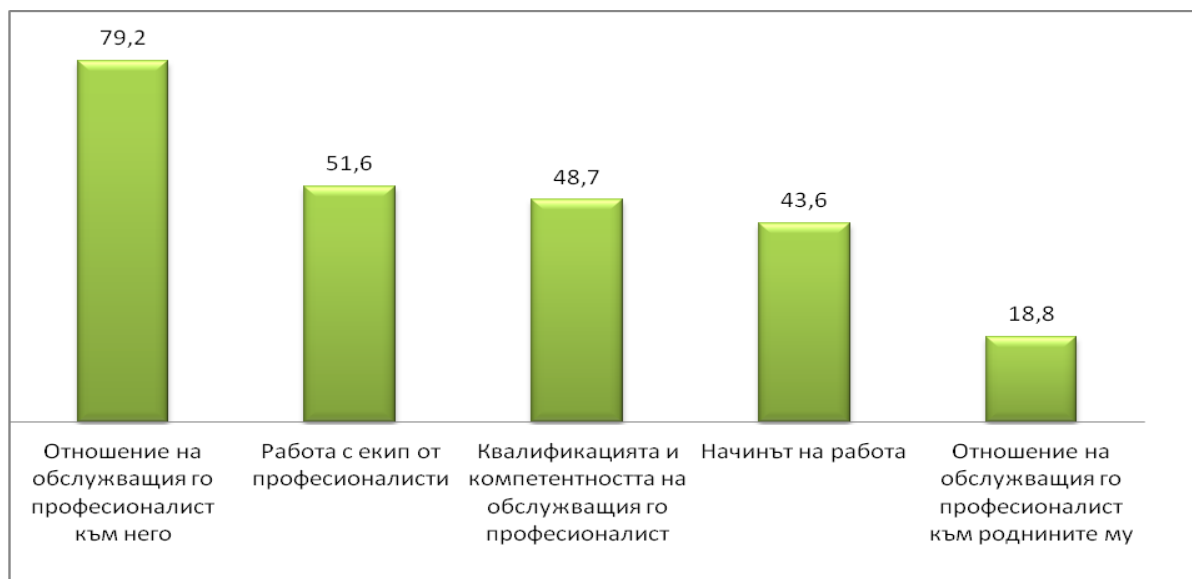
При възрастните хора и болните се наблюдава известна промяна в отношенията им към заобикалящия ги свят. Поради невъзможността им за справяне с обичайни за ежедневието ситуации, някои от тях изтъкват специфични желаниа за отношение и обгрижване. По данни от проучването готовност за изпълнение на такива претенции имат 69 % от запитаните (фиг. 59). Почти една трета (28 %) не могат да преценят, а 3 % не биха се съобразили с пациентите.

Фиг. 59. Готовност за съобразяване със специфичните желания за отношение и обгрижване на обслужваното лице.



Като възможни доставчици на специфичната услуга „медицински патронаж в домашни условия“, специалистите от лечебните заведения са запитани за мнението им кои са най-важните компоненти на грижата, за да бъде обслужваното лице доволно от нея. На фиг. 60 са изобразени отговорите на респондентите. Мнозинството от тях (79,2 %) посочват зададения предварително отговор „отношението на обслужващия го професионалист ...“. Около половината от анкетираните посочват като важни елементите работата с екип от професионалисти (51,6 %), квалификацията и компетентността на обслужващия професионалист (48,7 %) и начина на работа (43,6 %). Едва една пета (18,8 %) смятат за важно отношението на обслужващия професионалист към роднините на пациента.

Фиг. 60. Най-важните компоненти на грижата, влияещи на удовлетвореността на обслужваното лице.



От данните на проучването се оказва, че разпределението на приноса за удовлетвореността на пациента, според запознатите специалисти е сходно с данните от цялото проучване (фиг. 61). Отново на първо място е посочено отношението на обслужващия специалист (79,4 %). Работа с екип от професионалисти са преценили 53,4 %. Квалификация и компетентност са определени от 48 % от респондентите, 43,9 % квалифицират начина на работа и 20,6 % отношението на обслужващия професионалист към роднините на пациента.

Фиг. 61. Мнение на специалистите, които познават услугата, относно приноса за удовлетвореност на пациентите.



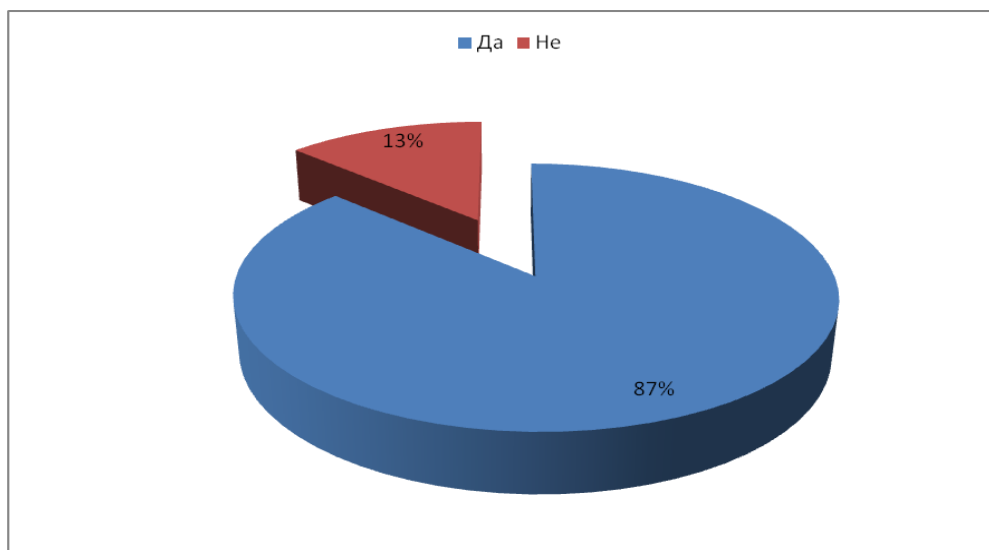
От фиг. 60 и фиг. 61 станаха ясни най-важните компоненти на грижата, влияещи на удовлетвореността на пациента. На фиг. 62 са степенувани нужните лични качества и компетенции на обслужващия професионалист според специалистите в лечебните заведения. Според тях на първо място е професионализмът (85 %) на изпълнителя на услугата „медицински патронаж в домашни условия“. Издръжливост на психическо натоварване и умения за общуване са отбелязали съответно 66,9 % и 63,7 %. Повече от половината анкетирани смятат за необходими знанията в областта на палиативните грижи (59,9 %), добронамереността (58,9 %) и емоционална уравновесеност (56,6 %). Около 40 % смятат, че знанията в областта на психологията и психиатрията, в областта на геронтологията и високата обща култура са основни за тази дейност. Необходимост от воля за успешно реализиране на програмата и плана за „медицинския патронаж в домашни условия“ са на мнение 34,3 %. Почти една трета (29,3 %) отбелязват квалификацията в областта на храненето. Незначителен е броят на специалистите, смятащи за важно владението на чужд език. Друго (1,2 %) респондентите са конкретизирали с индивидуален подход, отговорност и квалификация на специалиста за „медицински патронаж в домашни условия“ за болни деца и хора с увреждания.

Фиг. 62. Качества и компетенции на обслужващия професионалист.



Един от начините за популяризиране на дейността „медицински патронаж в домашни условия“ е чрез средствата за масова информация. От запитаните специалисти 87 % потвърждават значимостта на информиране на населението чрез мас медите (фиг. 63). Според останалите 13 % няма смисъл от реклама.

Фиг. 63. Значимост на рекламиране чрез средствата за масова информация на обслужващата организация.



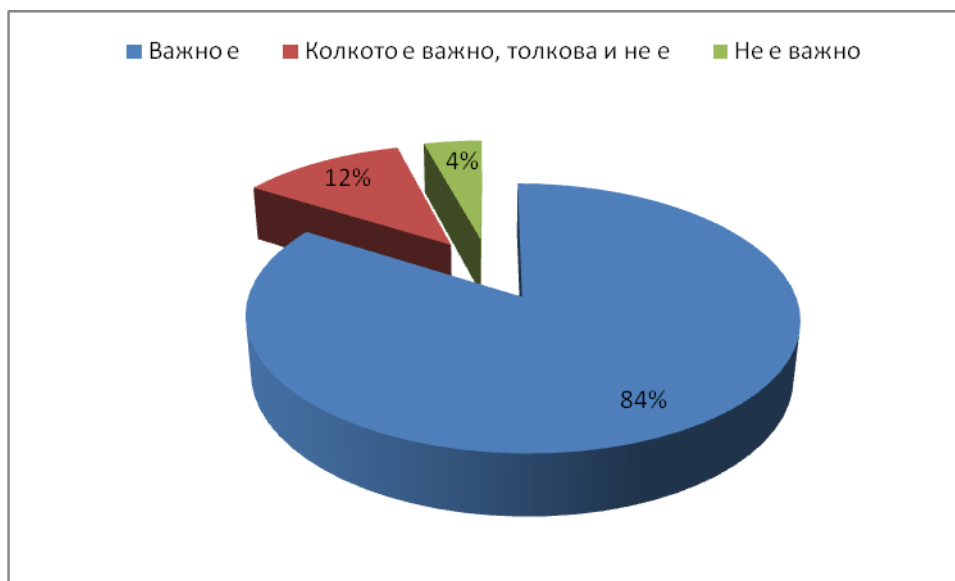
Резултатите от проучването относно мнението на анкетираните специалисти от лечебните заведения за необходимостта от включване на психолог в обслужващия екип (фиг. 64) е категорично: 83,6 % са дали положителен отговор, 12,3 % изразяват убеждението си, че колкото е важно, толкова и не е, а 4,1 % смятат, че няма необходимост от психолог.

Фиг. 64. Необходимост от включване на психолог в обслужващия екип.



Мнението на запознатите специалисти с услугата не се различава много от общото проучване (фиг. 65). 84 % смятат, че съществува необходимост от посещение в дома на психолог.

Фиг. 65. Необходимост от включване на психолог в обслужващия екип според запознатите с услугата.



Подобни са резултатите и относно запитването за необходимостта от извършване на стартова, етапна и заключителна оценка на резултатите от услугата „медицински патронаж в домашни условия“, показани на фиг. 66. Повече от четири пети от запитаните посочват, че началната, междинна и крайна оценка на резултата от обслужването е с важно значение за пациента.

Фиг. 66. Значение на извършването на стартова, етапна и заключителна оценка на резултатите от услугата „медицински патронаж в домашни условия“.



От анкетното проучване става ясно, че запитаните специалисти от лечебните заведения смятат за основен и най-важен принцип, който трябва да се спазва при изпълнението на „медицинския патронаж в домашни условия“, планиране на дейността и разпределението ѝ сред изпълнителите да се извършва

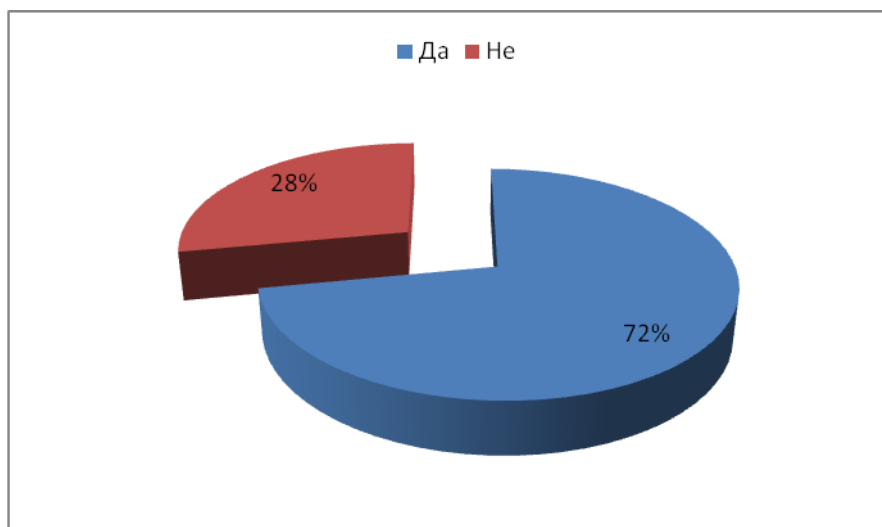
въз основа на реалните и разумни потребности на обслужваното лице (67,9 %). На второ място е отбелязана достъпността на услугата (51,4 %), а около една трета (32,3 %) смятат и своевременната намеса за важен принцип (фиг. 67). Едва една пета (18,8 %) отбелязват качество срещу пари.

Фиг. 67. Принципи, които трябва да се следват при прилагането на „медицинския патронаж в домашни условия“.

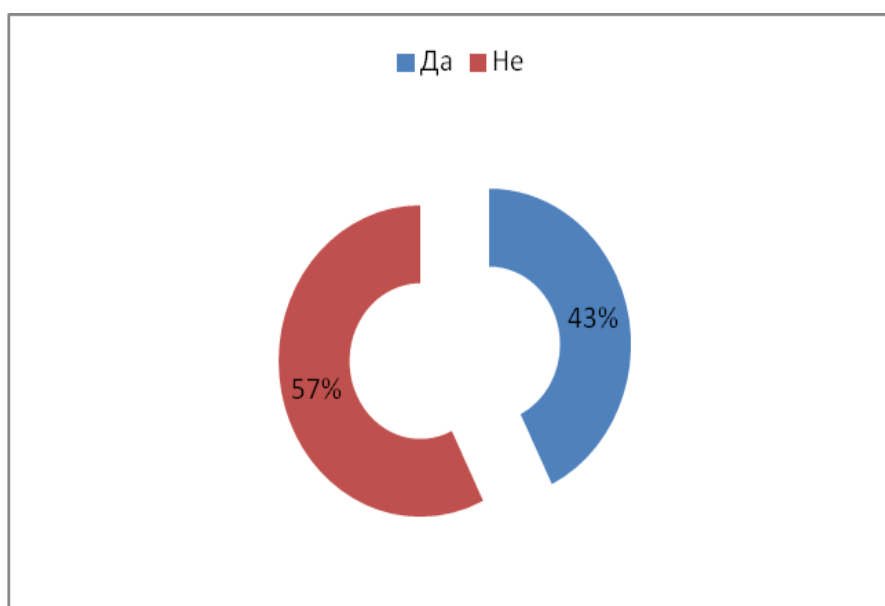


Като отворен въпрос на научната работа ще остане разрешаването на проблема относно финансиране на услугата „медицински патронаж в домашни условия“. На фиг. 68 са изобразени резултатите от съпоставката на последния въпрос (фиг. 67) и от кого следва да се предоставя услугата. Специалистите, които посочват за основен принцип на „медицинския патронаж в домашни условия“ „качеството срещу пари“ и за основен доставчик лекари, медицински сестри и акушерки на повикване срещу заплащане са 72 %. На фиг. 69 са сравнени резултати относно възможността за наемане на болногледач срещу заплащане. Тук по-малко от половината (43 %), посочили за основен принцип „качество срещу заплащане“ виждат възможност за предоставяне на услугата от болногледач срещу заплащане.

Фиг. 68. Специалистите, които посочват за основен принцип на услугата „качество срещу пари“, смятат, че тя трябва да се предоставя от лекар, мед сестра, акушерка срещу заплащане.



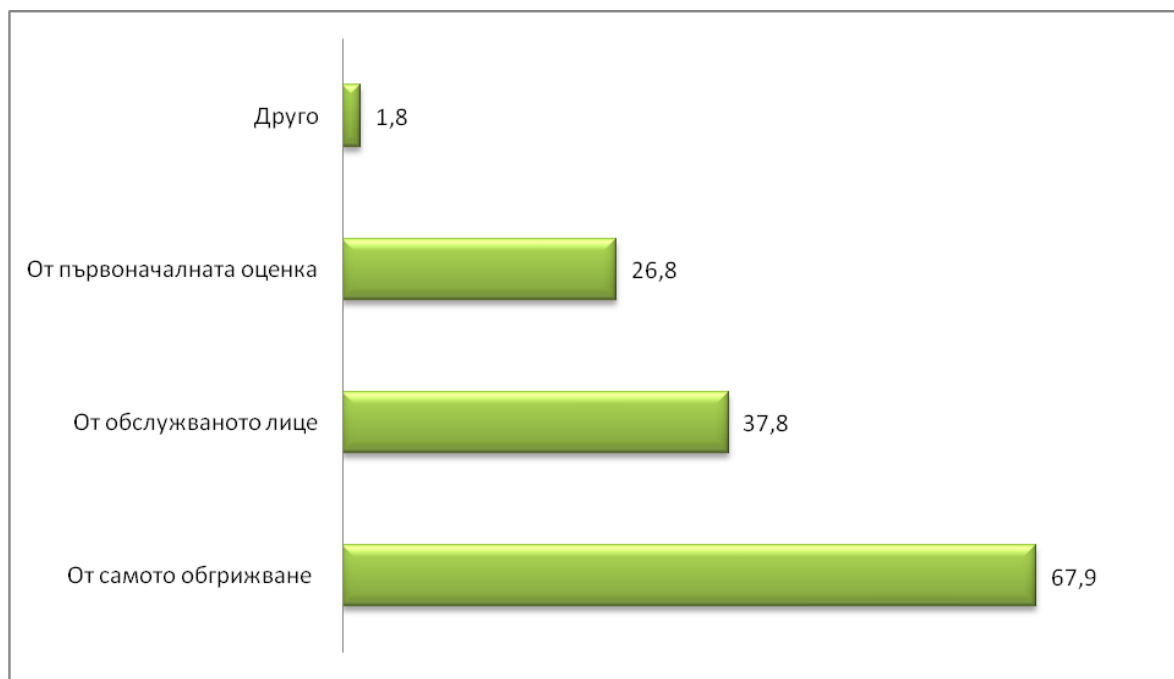
Фиг. 69. Специалистите, които посочват за основен принцип на услугата „качество срещу пари“, смятат, че тя трябва да се предоставя от болногледач срещу заплащане.



Услугите на „медицинския патронаж в домашни условия“ са свързани с определяне на общи и специални грижи за пациента. На въпроса от какво зависи тяхното изпълнение, респондентите са дали следните отговори (фиг. 70): 67,9 % смятат, че самото обгрижване е решаващо за осъществяване на обгрижването; 37,8 % са на мнение, че обслужваното лице допринася за реализирането на услугата, а според 26,8 % от запитаните първоначалната оценка също оказва

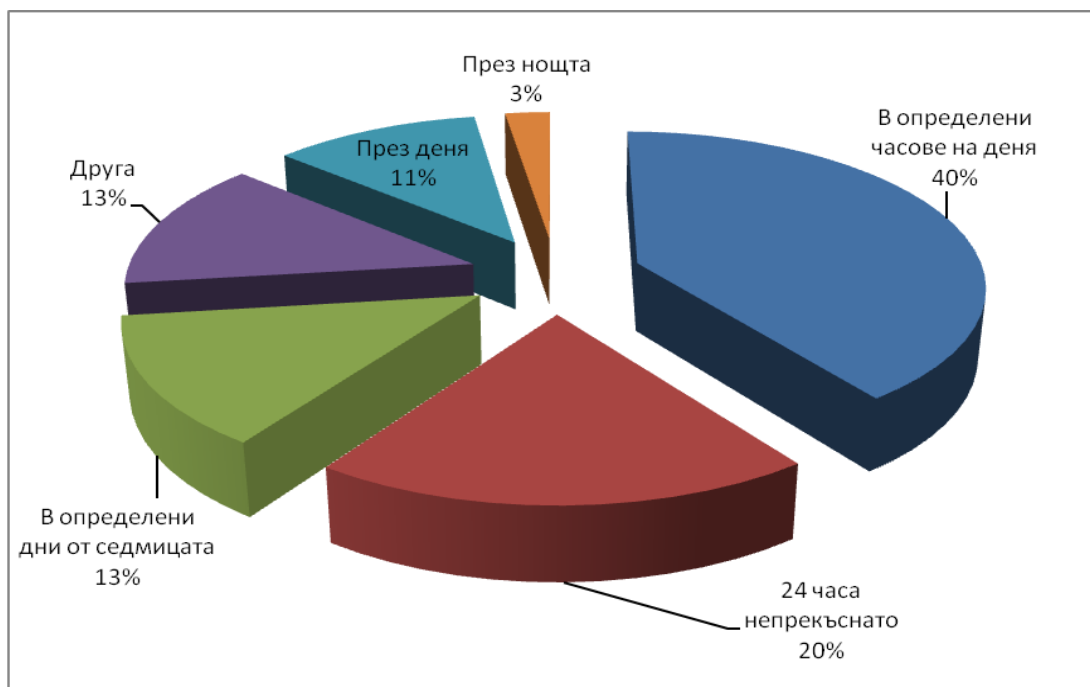
влияние. 1,8 % са допълнили отговорите с добро взаимодействие между обгрижван и обгрижващ, с водене на дневник с нуждите на обгрижваното лице, комуникацията и професионализма.

Фиг. 70. Фактори за изпълнение на целите на общите и специалните грижи.



Дейността „медицински патронаж в домашни условия“ съдържа сама по себе си уникалния метод на диференциране и изпълнение на посещения в дома според часовете и продължителността, определена от клиента (пациента). Как определят специалистите тази времева рамка се вижда на фиг. 71. Тук не се наблюдава еднозначна тенденция в дадените отговори. 40 % смятат, че подходящото време за предоставяне на тази услуга е в определени часове на деня. Една пета са на мнение, че потребността е от 24 часа непрекъснато. Еднакъв брой специалисти са на мнение, че предоставянето на „медицински патронаж в домашни условия“ е необходимо в определени дни от седмицата, както и друга продължителност (най-честия отговор е зависи от заболяването). 11 % виждат нужда от обслужване през деня, а 3 % през нощта.

Фиг. 71. Продължителност на оказване на услугата „медицински патронаж в домашни условия“.



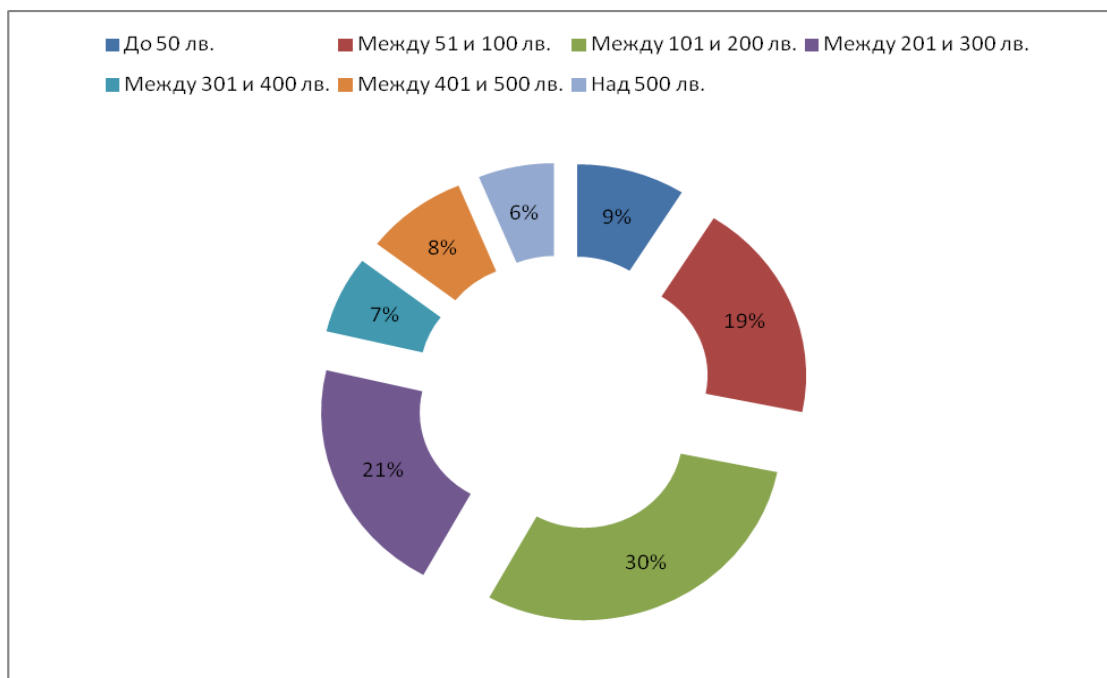
За покриване на всички потребности на нуждаещите се от „медицински патронаж в домашни условия“ пациенти, организацията трябва да разполага със специалисти, които да могат да обслужват специфичните нужди на пациенти с каквото и да е заболяване. Въпреки това се предполага, че при някои заболявания ще има по-голяма нужда от услугата, отколкото при други. Тази хипотеза е потвърдена от отговорите на респондентите за кои случаи смятат, че е нужно това съдействие (фиг. 72). Мнозинството от анкетираните (84,2 %) предполагат заболяванията на опорно-двигателната система. Близо 70 % виждат нужда от услугата при онкологичните заболявания (69,7 %) и при хора в напреднала възраст (67,4 %). Едва 43,4 % от специалистите смятат, че таргетната група включва и заболявания на сърдечносъдовата система.

Фиг. 72. Най-честите случаи, при които е нужен „медицински патронаж в домашни условия“.

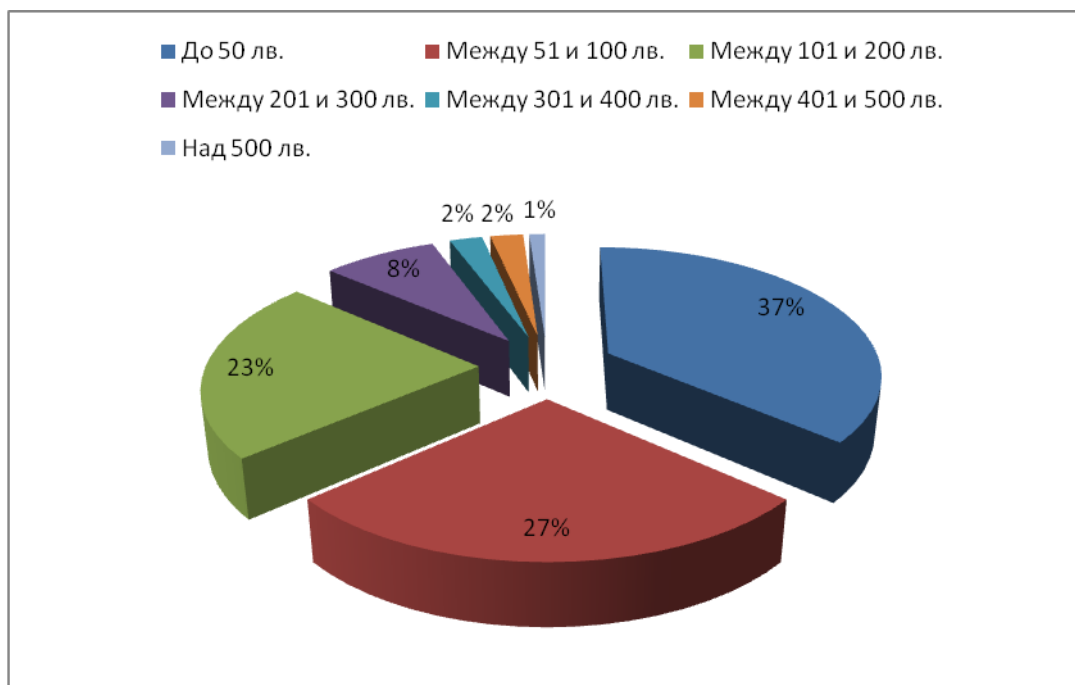


Една от най-проблемните области в сферата на здравеопазването е обезпечаването на финансовия ресурс. Така и „медицинският патронаж в домашни условия“ не е изключение. Т.к. тази услуга не се включва в пакета, покриван от Националната здравноосигурителна каса, се предполага, че пациентите и техните близки и роднини ще покриват разходите за тази услуга сами. Според анкетирания специалисти от лечебните заведения почти една трета (30 %) биха отделяли между 101 и 200 лв. месечно за този тип услуга (фиг. 73). Около една пета определят бюджет от 51 до 100 лв (19 %) и от 201 до 300 лв. (21 %). За сравнение с проучването, проведено сред лежащо болни пациенти (фиг. 74), 37 % изразяват готовност за отделяне на ресурс до 50 лв. месечно, последвани от 27 %, които биха отделили между 51 и 100 лв. Между 201 и 300 лв. биха отделили 23 %.

Фиг. 73. Средства, които биха отделили медицинските специалисти месечно за „медицински патронаж в домашни условия“.



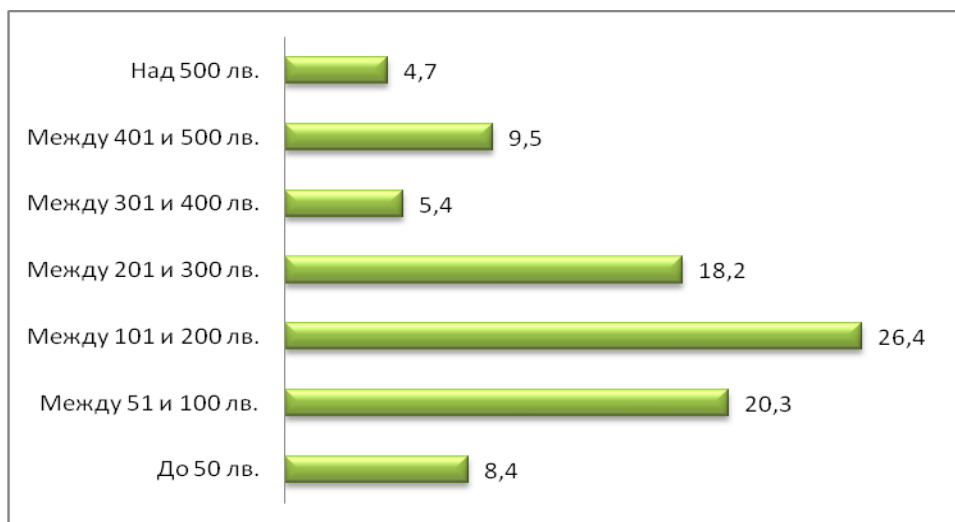
Фиг. 74. Средства, които биха отделили лежащо болни пациенти месечно за „медицински патронаж в домашни условия“.



Сходно е разпределението на запознатите с услугата респонденти относно необходимите средства за обезпечаване на грижата в дома (фиг. 75). Най-голям процент (26,4 %) определят сумата от 101 до 200 лв. за възможна. Около една

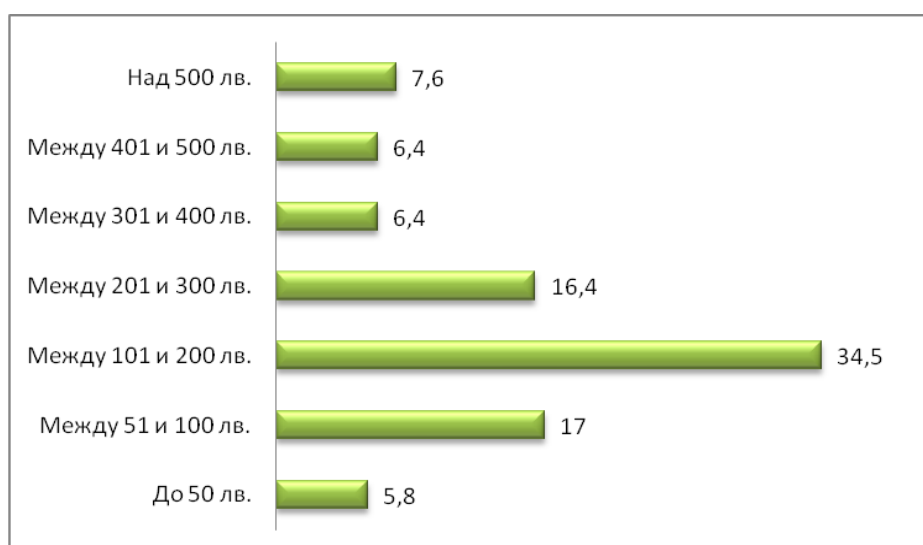
пета посочват сумите между 51 и 100 лв. (20,3 %) и 201 и 300 лв. (18,2 %). Едва 4,7 % посочват месечна сума над 500 лв. за поносима.

Фиг. 75. Мнение на специалистите, които познават услугата, относно необходимите средства месечно.



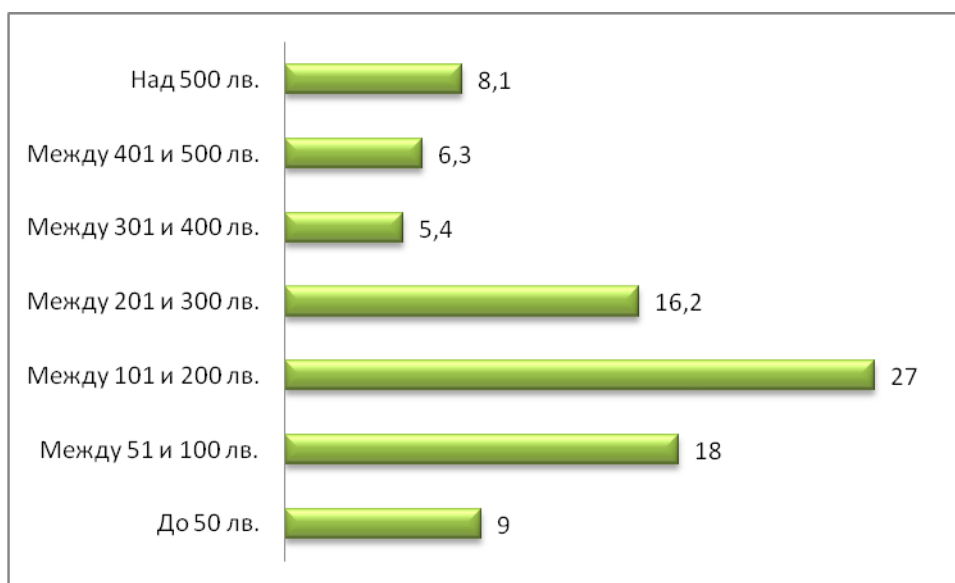
От посочилите 42,9 % специалисти, на мнение, че „медицинският патронаж в домашни условия“ трябва да се предоставя от лекар, медицинска сестра и акушерка срещу заплащане (фиг. 76), 34,5 % или около една трета посочват подходяща сума от 101 до 200 лв. месечно за осигуряване на грижите в дома. При сравнение на двата въпроса се наблюдава и повишаване на процента специалисти, които определят сумата от над 500 лв. месечно за адекватна.

Фиг. 76. Определяне на необходимите средства месечно от специалистите, които смятат, че услугата трябва да се предоставя от лекар, мед сестра, акушерка срещу заплащане.



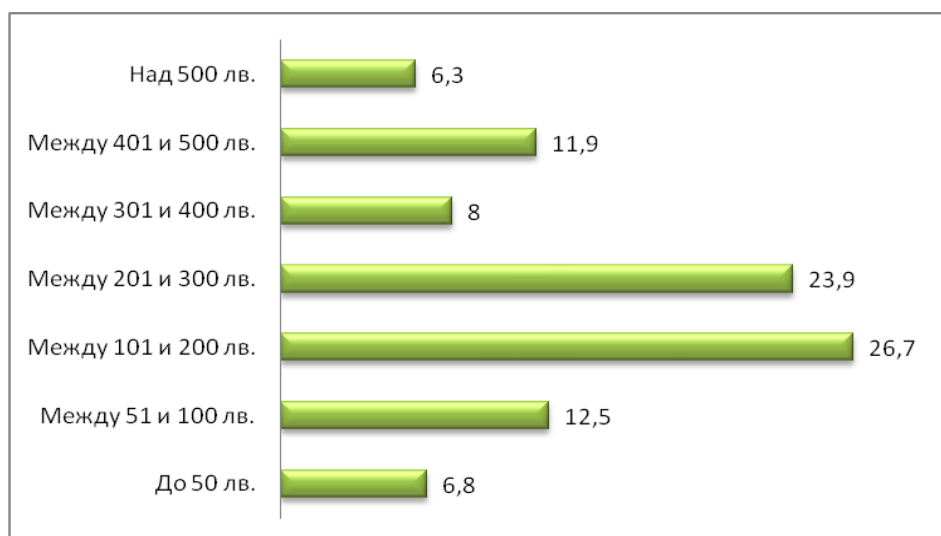
При сравнение на резултатите от посочилите 27,8 % за предоставяне на услугата от болногледач срещу заплащане и месечните средства, които биха отделили, се забелязва сходно определяне на финансов ресурс (фиг. 77). Основна разлика тук се наблюдава при процента специалисти, посочили сумата от над 500 лв. месечно (8,1 %).

Фиг. 77. Определяне на необходимите средства месечно от специалистите, които смятат, че услугата трябва да се предоставя от болногледач срещу заплащане.



На фиг. 78 са показани данните от съпоставяне на мнението за необходимите средства месечно според анкетираните, които са на мнение, че такъв тип дейност трябва да се заплаща директно на професионалиста или обслужващата организация. Една четвърт (26,7 %) посочват сумата от 101 до 200 лв. за адекватна, 23,9 % - сумата от 201 до 300 лв., 12,5 % смятат, че между 51 и 100 лв. са достатъчни и 11,9 % - сума между 401 и 500 лв. Само 6,3 % определят сумата над 500 лв. подходяща.

Фиг. 78. Определяне на необходимите средства месечно от специалистите, които смятат, че организацията на финансиране на дейността трябва да бъде пряко заплащане на обслужваното лице/обслужващата организация.



От последните фигури става ясно, че тази дейност не би могла да се финансира само чрез заплащане от пациентите. Въпреки това от фиг. 79 става ясно, че почти половината анкетирувани (44,4 %) смятат, че дейността „медицински патронаж в домашни условия“ трябва да се финансира чрез пряко заплащане на обслужващата организация. Други 39,8 % са на мнение, че такава услуга би могла да се извършва като абонаментно обслужване по договор. Почти толкова респонденти (37,8 %) виждат възможно финансирането от Частните доброволни здравноосигурителни фондове. Едва 5,5 % си представят подпомагане от религиозни фондове, какъвто е случаят с Каритас България ¹⁸⁹.

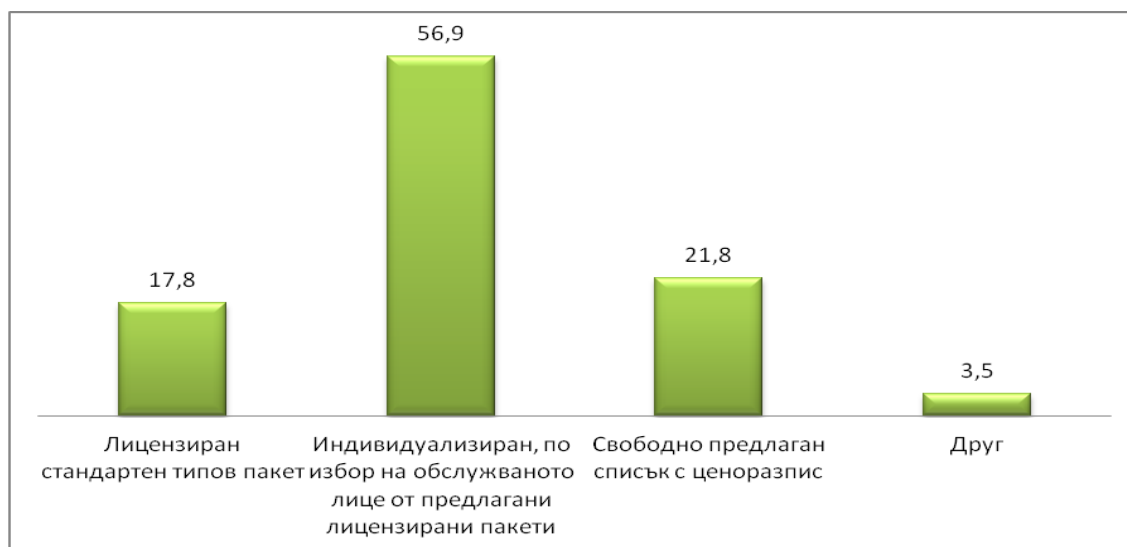
¹⁸⁹ Виж 1.3.2. Международна неправителствена организация „Каритас“

Фиг. 79. Организации, финансиращи дейностите по „медицинския патронаж в домашни условия“.



Основополагащ елемент в ценообразуването и финансирането на дадена услуга е видът на пакета, съдържащ желаните дейности. Специалистите от лечебните заведения смятат (фиг. 80), че най-подходящата форма на пакета от дейности, услуги и стоки за „медицински патронаж в домашни условия“ е индивидуализирана конфигурация, по избор на обслужваното лице от предлагани лицензирани пакети (56,9 %). Около една пета (21,8 %) намират за удачен свободно предлаган списък с ценоразпис, а 17,8 % лицензиран стандартен типов пакет.

Фиг. 80. Предпочитание на вида на пакетите от дейности, услуги и стоки за „медицинския патронаж в домашни условия“.



6 Глава. Изводи

В резултат на направената разработка могат да се изведат следните изводи:

1. Макар и недостатъчно развита дейността „медицински патронаж в домашни условия“ ще играе важна роля в сферата на здравеопазването. Въз основа на икономическата принуда, но също така и на преференциите на клиентите, ще се създадат различни организации, предлагащи тези специални услуги.
 2. За всички доставчици на този вид услуга, независимо от финансирането, важи поставянето на пациента в центъра на вниманието и развиване на спектър от услуги съобразен с неговите желания и очаквания. Решаваща роля за успеха на организацията ще играят познанията по маркетинг в областта. Същественният начин на разглеждане във връзка с това определя посоката на действие към потребителите на услугите. Особено внимание трябва да се отдели на специфичните характеристики на важната целева група.
 3. „Медицинският патронаж в домашни условия“ дава възможност за ограничаване и дори намаляване на нарастващите разходи за здравеопазване, в т.ч. и стремглаво нарастващите разходи за болничен престой, при по-ефективно използване на финансовия ресурс.
 4. Осигуряването на услугата „медицински патронаж в домашни условия“ може да бъде микс от различни механизми на финансиране и различни обслужващи организации.
 5. Същото съдействува за повишаване качеството на живот. При пациенти с тежки заболявания може се подобри или запази здравословното състояние, да се подобри физическият комфорт, режима на хранене, както и физическата активност. Увеличава се способността за самостоятелно извършване на ежедневни дейности, контрол на болката.
 6. При тази форма на обслужване се подобрява психичното здраве на пациенти в различни състояния на положителни и отрицателни емоционални състояния, стрес, тревога, удовлетвореност и др.
 7. Интегрират се пациенти, възстановяващи се дълго време, в активния професионален, културен и обществен живот. Подобряване на социалната среда и живот.
 8. Водещите услуги, които се включват в дейността „медицински патронаж в домашни условия“ според медицинските специалисти са свързани с домашни посещения и наблюдение от медицинска сестра, посещение от социален работник и наблюдение от лекар, а пациентите поставят на първо място домашните посещения от лекар следвани от смяна на
-

превръзки, поставяне на инжекции и други медицински манипулации, и посещение от болногледач.

9. И двете групи респонденти /пациенти и медицински специалисти/ оценяват като най-натоварваща функция поддържането на личната хигиена на обсъжданото лице, следвана от осигуряването на медицинска помощ и транспортирането на болния/ възрастния човек при необходимост.

7 Глава. Препоръки

От направените изводи могат да се извлекат следните препоръки:

I. Към Министерство на здравеопазването:

1. Въвеждането и съфинансирането на услугата „Медицински патронаж в домашни условия“ ще осигури по-добро медицинско обслужване на лежащо болни, тежко болни и стари хора в домашна среда.
2. Въвеждането и съфинансирането на услугата „Медицински патронаж в домашни условия“ ще намали разходите за болнично лечение на хора, които могат да бъдат обгрижвани в собствения си дом.
3. Въвеждането и съфинансирането на услугата „Медицински патронаж в домашни условия“ в сътрудничество с неправителствени организации ще доближи българската система на здравеопазване до Системите на здравеопазване в развитите страни, доказали ефективността на този вид обслужване.
4. Въвеждане на клинична пътека „медицински патронаж в домашни условия“.
5. Изготвяне на стандартизиран указател за категоризиране на нуждаещите се от грижи в дома пациенти според качествените и количествени потребности на пациента.

II. Към Министерство на труда и социалната политика

1. В сътрудничество с Министерство на здравеопазването и неправителствени организации, касаещо социално слаби групи от населението, както и групи в неравностойно положение, дейността „Медицински патронаж в домашни условия“ ще осигури на нуждаещи се медицински грижи и по-достоеен живот. По-бързото здравословно и физическо възстановяване би спомогнало за връщане и/или интегриране в нормалната работна среда на човека.
-

Литература

1. **Александрова, М.:** Планиране, реализация и оценка на грижите, определени в сестринската диагноза. Обществено здраве. Ръководство за специализация на медицински сестри, Под ред. на доц. д-р К. Юркова, Горекс Прес, 2001, с. 97-100
 2. **Александрова, М. / Попов, Т.:** За някои технологии и иновационни подходи при непрекъснатото обучение на медицинските сестри. Педагогическото образование в България. Състояние и тенденции, 2006, с. 440-444
 3. **Апостолов, М. / Попова, С. / Александрова, М. / Шипковенска, Е. / Шопова, К. / Иванова, П. / Балканска, П.:** Медико-социална визия за нова демографска политика в Република България. Стареенето на населението – реалности и последици, политики и практики. Център за изследване на населението при БАН, 2006, с. 493-498
 4. **Балканска, П.:** Възрастният човек като пациент, Клинична геронтопсихология в здравните и социалните грижи, София, Изд. „Булвест 2000“, 2003
 5. **Балканска, П.:** Приложна психология в медицинската практика, София, 2000, с. 163
 6. **Балканска, П. и съавтори:** Комплексна програма за профилактика, ранна диагностика, лечение на възрастни хора с дементен синдром в подкрепа на семействата, Социална медицина, 3, 1999
 7. **Борисов, В.:** Здравен мениджмънт, 2009, с. 280
 8. **Борисов, В.:** Стратегически здравен мениджмънт, 2006, с. 319
 9. **Борисов, В. / Глутникова, Зл. / Воденичаров, Ц.:** Ново обществено здравеопазване, Акваграфикс ООД, София, 1998
 10. **Български Червен Кръст**
 11. **Визев, Кр.:** Биологичната възраст като медико-социален проблем и нейното повлияване от някои ендокринни фактори, Изд. Ангелина Ангелова – Анжела, 2009, с. 168
 12. **Воденичаров, Ц. / Александров, М. / Стойчева, М.:** Медикът и терапията. Ръководство по медицинска етика, Горекс Прес, 1997, стр.14
 13. **Воденичаров, Ц. / Попова, С.:** Медицинска етика, София, 2010
 14. **Воденичаров, Ц.:** 10-те принципа на медика и мениджъра, София, 2010, с.140
-

15. **Воденичаров, Ц.:** 7-те разлики между медика и мениджъра, София, 2003, с.75
 16. **Гатева, Л. / Александрова М.:** Етични проблеми на хронично болните и на тези с физически недостатъци. Ръководство по медицинска етика, Горекс Прес, 1997, стр.108-114
 17. **Гладилов, Ст.:** Икономически аспекти на изграждане на капацитета на здравеопазването в Република България, София, 2004
 18. **Гладилов, Ст. / Делчева, Ев.:** Икономика на здравеопазването, 4. издание, София, 2009, с. 486
 19. **Гладилов, Ст. / Делчева, Ев.:** Начини на финансиране на здравеопазването, Икономика на здравеопазването, София, 2000
 20. **Дякова, М. / Спасов, Л.:** Анализ на съвременните препоръки и стратегии за мениджмънта на сърдечносъдовите заболявания, сп. Здравен мениджмънт, Бр. 1, 2008, стр. 33 - 36
 21. **Закон за здравето**
 22. **Закон за здравното осигуряване**
 23. **Закон за лечебните заведения**
 24. **Златанова, Т. / Златанова – Великова, Р.:** Първичната извънболнична медицинска помощ – проблеми и перспективи, София, 2008, с. 211
 25. **Котлър, Ф.:** Хаотика Мениджмънт и маркетинг в епохата на турболентността, София 2009, с. 262
 26. **Маринова, Е.:** Маркетинг, 4 издание, 1999, с. 411
 27. **Петков, В.:** Удовлетвореност от качеството на медицинската помощ след въвеждането на задължителното здравно осигуряване, сп. Здравен мениджмънт, 2004, Бр. 4, стр. 28
 28. **Петрова, З. / Чамов, К. / Гладилов, Ст.:** Качеството в здравеопазването. Съвременни измерения и тенденции, „Хелт Медиа Груп“, 2008, ISBN 078–954–92188-1-7
 29. **Проданова, Я.:** Теоретични основи на съвременното здравно осигуряване, сп. Здравна политика и мениджмънт, 2011, бр. 2, с. 64-69
 30. **Проданова, Я. / Спасов, Л. / Иванов, Л.:** Регулиращо управление в здравеопазването. Здравна политика и мениджмънт, 2011, бр. 5, с. 37-39
 31. **Попов, Т.:** Общуването в медицинската практика и ефективността от него, ХХI-ва Научно-педагогическа сесия, Контакт, 2008, Гражданската идея в действие (Сборник статии), стр. 71-75
-

32. **Попова, К.** / Савова, З. / Проданова, Я.: Психотерапията – неотложна част от лечението на онкологично болни, сп. Здравна политика и мениджмънт, 2010, бр. 3, с. 15-18
 33. **Попова, С.** / Александрова, М.: Етични правила за добра емоционална и социална подкрепа на пациента. Обществено здраве. Ръководство за специализация на медицински сестри, Под ред. на доц. д-р К. Юрукова, Горекс Прес, 2001, стр.133-137
 34. **Попова, С.** и колектив, Комуникационни умения и автономни функции на сестринството, Пловдив, ДСГриф, 2001
 35. **Правилник за социално обслужване на лица и семейства**
 36. **Сиджимова, Д.** / Спасов, Л.: Социалната реклама – източник на здравна информация, сп. Здравен мениджмънт, 2008, Бр. 2
 37. **Христов, Ж.** / Стоянов, Др.: Психология на управлението в здравеопазването, Пловдив, 2009, с. 135
 38. **Шипковенска, Е.:** Сърдечно-съдов риск: проблем с много неизвестни (Sofia Heart Study), Филвест, София, 2004
 39. **Шипковенска, Е.** / Христов, Ж. / Димитров, П. / Дякова, М.: Модерна епидемиология с медицина и здравеопазване, базирани на доказателства, под ред. на проф. Е. Шипковенска, Филвест, 2008, ISBN 978-954-9346-04-6
 40. **Шулман, Л.:** Изкуството да се помага на индивиди, семейства и групи, София, изд. БПА, 1994
 41. **Янакиева, А.** / Сиджимова, Д. / Димитров, Т.: Имплементиране на услугата „медицински патронаж в домашни условия“, в Съвременното образование Мисия и визии, Цборник с научни студии и статии, Университетско издателство „Неофит Рилски“, Благоевград, 2010, стр. 523 – 529
 42. **Asam, W. H.** / Altmann, U.: Geld und Pflege: Zur Ökonomie und Reorganization der Pflegeabsicherung, Freiburg, 1995
 43. **Becker, J.:** Marketing-Konzeption – Grundlagen des strategischen und operativen Marketing-Managements, München, 1998
 44. **Becker, W.:** Verkaufspsychologie: theoretische Grundlagen und praktische Anwendungen, München / Wien, 1998
 45. **Berekoven, L.** / Eckert, W. / Ellenrieder, P.: Marktforschung: Methodische Grundlagen und praktische Anwendung, 11. Auflage, Wiesbaden, 2006
 46. **Bieberstein, I.:** Dienstleistungs-Marketing, 2. Auflage, Kiel, 1998
 47. **Braun, G. E.:** Ziele in der öffentlichen Verwaltung – die Sicht der öffentlichen Betriebswirtschaftslehre, in: Verwaltung / Organisation / Personal (VOP), 14. Jg., Heft 3, 1992, 162 – 169
-

48. **Corsten, H.** / Stuhlmann, S.: Kapazitätsmanagement in Dienstleistungsunternehmen: Grundlagen und Kapazitätsmöglichkeiten, Wiesbaden, 1997
 49. **Engelhardt, W.** / Kleinaltenkamp, M. / Recktenfelderbäumer, M.: Dienstleistungen als Absatzobjekt, Arbeitsbericht № 52 des Instituts für Unternehmensführung und Unternehmensforschung, Bochum, 1992
 50. **Felser, G.:** Werbe- und Konsumentenpsychologie, 2. Auflage, Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart, 2001, S. 36
 51. **Fiechter, V.** / Meier, M.: Pflegeplanung, Eine Anleitung für die Praxis, 10. Auflage, Fritzlar 1998
 52. **Förstl, H.:** Lehrbuch der Gerontopsychiatrie, Stuttgart, 1997
 53. **Garms-Hormolova, G.:** RAI 2.0 – Resident Assessment Instrument. Huber, 2000
 54. **Gleitman, H.:** Psychologie, 4. Auflage, Pennsylvania, 1994, S. 225
 55. **Hasseler, M.** / Meyer, M.: Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte für die Zukunft, Schlütersche, 2004, 172 p.
 56. **Hinterhuber, H. H.** / Handlbauer, G. / Matzler, K.: Kundenzufriedenheit durch Kernkompetenzen – Einige Potentiale erkennen – entwickeln – umsetzen, München – Wien, 1997
 57. **Höhmann, U.:** Über Theorien, Modelle, Konzepte in der Pflege oder die Babylonische Sprachverwirrung, in Pflege Aktuell, 52 Jg., Januar 1998
 58. **Joas, A.** / Prommer, H. U.: Benchmarking, Band 1, Stuttgart, 1998
 59. **Juchli, L.:** Pflege – Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege, 7. Neubearbeitete Auflage, Stuttgart / New York 1994
 60. **Kotler, P.** / Armstrong, G.: Grundlagen des Marketings, 4. Auflage, Stuttgart 2001
 61. **Kotler, P.** / Bliemel, F.: Marketing – Management Analyse, Planung, Umsetzung und Steuerung, 9. Auflage, Stuttgart 1999
 62. **Kotler, P.:** Marketing Management, The Millenium Edition, New Jersey 2000
 63. **Kroeber-Riel, W.** / Weinberg, P.: Konsumentenverhalten, 6. Auflage, München, 1996
 64. **Kruse, M.:** Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, 330 p.
 65. **Kruse, C.** / Siegel, B.: Zusammenarbeit zwischen Arzt, Kostenträger und Pflegedienst zur Sicherung der Arzneimittelleinnahme bei geriatrischen Patienten – Ein Modellprojekt, in: Trommsdorff Arzneimittel GmbH & Co., 2.
-

- Geriatrisches Ruhrsymposium: Vorteile oder Vorurteile? Zusammenarbeit zwischen Klinik, Praxis und Pflege, Alsdorf 1997
66. **Lauterbach, M.:** Die Multilokalität späterer Familienphasen – Zur räumlichen Nähe und Ferne der Generationen, in: Zeitschrift für Soziologie, Jahrgang 27, Heft 2, April 1998
67. **Magrath, A. J.:** When Marketing Services, 4 Ps are not enough, Business Horizons, Nr. 29, May, 1997
68. **Maleri, R.:** Grundlagen des Dienstleistungsproduktion, 3. Auflage, Berlin, 1994
69. **Marhold, D. / Happe, K.:** Pflegestandards – Pro und Contra, in Pflege & Gesellschaft, 4Jg., Heft 1, Februar / März 1999
70. **Markowitsch, H. J.:** Neuropsychologie des Gedächtnisses, Stuttgart, 1997
71. **Meffert, H. / Bruhn, M.:** Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997
72. **Meffert, H.:** Marketing Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele; Wiesbaden 1998
73. **Meyer, A. / Werterbarkey, P.:** Bedeutung der Kundenbeteiligung für die Qualitätspolitik von Dienstleistungsunternehmen, 2. Auflage, Wiesbaden, 1995
74. **Nieschlag, R. / Dichtl, E. / Hörschgen, H.:** Marketing, 18 Auflage, Berlin, 1997
75. **Orem, D. E.:** Nursing Concepts of Practice, New York 1995
76. **Pappi, F. U.:** Soziale Netzwerke, Opladen, 1997
77. **Schäffler, A. / Menche, N. / Balzen, U.:** Pflege heute: Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe, Ulm, 1997
78. **Schierenbeck, H.:** Grundzüge der Betriebswirtschaftslehre, München
79. **Schulze, B.:** Kommunikation im Alter Theorien – Studien – Forschungsperspektiven, Opladen, 1998
80. **Seel, M.:** Die Pflege des Menschen im Alter, Hagen, 1997
81. **Stauss, B.:** Beschwerdemanagement, Handbuch Dienstleistungs-Marketing, Band 2, 1998
82. **Stösser, A.:** Pflegestandards – Erneuerung der Pflege durch Veränderung der Standards, 3., erweiterte und überarbeitete Auflage, Berlin /Heidelberg/New York 1994
83. **Taupitz, J. / Raspe, H. / Oehlich, M.:** Der Einsatz nicht-ärztlichen Heilpersonals bei der ambulanten Versorgung chronisch kranker Patienten, Lit Verlag, 2008, 141 p.
-

84. **Uhl, A.:** Qualitätsentwicklung sozialer und gesundheitlicher Dienste für Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf, Lit Verlag, 2008, 231 p.
 85. **Vakratsas, D.** / Ambler, T.: How advertising Works: What do we really know?, Journal of Marketing, Volume 63, Number 1, January, 1999
 86. **Weh, H.** / Sieber, B.: Pflegequalität, München / Wien / Baltimor 1995
 87. **Zentes, J.:** Grundbegriffe des Marketing, 4. Auflage, Stuttgart, 1996
 88. **MAGS** – Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfallen
 89. **Strategy visions for European Healthcare at the beginning of the 21 century,** Report to the European Parliament, 4.12.2003
 90. <http://www.icn.ch/>
 91. <http://www.bapp.info/bapp.htm>
 92. <http://www.blgmun.com/bg/cms/content/266>
 93. http://www.az.government.bg/Projects/Prog/AHU/Frame_AHU.htm
-

Приложение 1

Списък на фигурите

Фигура 1. Процес на извършване на услугата „медицински патронаж в домашни условия“.

Фигура 2. Матрица на услугите.

Фигура 3. Детерминанти на поведението.

Фигура 4. Задачи на мениджмънта по жалбите.

Фигура 5. Психографски цели на комуникацията.

Фигура 6. Форми на личната комуникация.

Фигура 7. Ниво на скали.

Фигура 8. Разпределение на анкетиранияте пациенти по пол.

Фигура 9. Образователен ценз на анкетиранияте пациенти.

Фигура 10. Степен на информираност за същността на услугата „медицински патронаж в домашни условия“.

Фигура 11. Възрастово разпределение на респондентите.

Фигура 12. Обстоятелства, пораждащи необходимост от услугата „медицински патронаж в домашни условия“.

Фигура 13. Предпочитани услуги, предоставяни чрез „медицински патронаж в домашни условия“.

Фигура 14. Условия, при които възниква необходимост от услугата „медицински патронаж в домашни условия“.

Фигура 15. Най-натоварващи дейности при грижите за болния/възрастен човек в дома.

Фигура 16. Възползване от непрекъсната денонощна грижа за болния, вкл. през почивните и презнични дни.

Фигура 17. Мнение на пациентите относно значението прилагане на модел на поведение, на обгрижване и на етични принципи на обслужващата организация.

Фигура 18. Предварителен избор при следващо посещение на болния в дома.

Фигура 19. Значението на квалификацията и професионалния опит на служителите на обслужващата организация.

Фигура 20. Необходимост от непрекъснато обучение и квалификация на служителите на обслужващата организация.

Фигура 21. Предпочитание за възрастта на обслужващото лице.

Фигура 22. Предпочитание за възрастта на обслужващото лице при мъжете.

Фигура 23. Предпочитание за възрастта на обслужващото лице при жените.

Фигура 24. Необходимост от разясняване на правната уредба относно „медицински патронаж в домашни условия“.

Фигура 25. Необходимост от провеждане на специални информационни мероприятия, свързани със здравното състояние на пациента.

Фигура 26. Предпочитание за сключване на писмен договор за предоставяне на „медицински патронаж в домашни условия“.

Фигура 27. Средства, които биха се заделяли на месец от запознатите с услугата „медицински патронаж в домашни условия“.

Фигура 28. Средства, които биха се заделяли на месец от незапознатите с услугата „медицински патронаж в домашни условия“.

Фигура 29. Разпределение по пол на анкетиранияте специалисти.

Фигура 30. Професия.

Фигура 31. Възрастово разпределение на анкетиранияте (брой респонденти).

Фигура 32. Причини за познаване на услугата „медицински патронаж в домашни условия“

Фигура 33. Професия на анкетиранияте, които познават услугата „медицински патронаж в домашни условия“.

Фигура 34. Предоставяни услуги от „медицинския патронаж в домашни условия“.

Фигура 35. Организации, предоставящи услугата „медицински патронаж в домашни условия“.

Фигура 36. Мнение на специалистите, които познават услугата, от кого трябва да се предоставя „медицинският патронаж в домашни условия“.

Фигура 37. Мнение на лекари и медицински сестри кой трябва да предоставя услугата „медицински патронаж в домашни условия“.

Фигура 38. Случаи, в които се търси услугата „медицински патронаж в домашни условия“.

Фигура 39. Готовност за допълнително обучение за специфични грижи при „медицинския патронаж в домашни условия“.

Фигура 40. Компетентност на специалистите относно процедурата по подготовка на ТЕЛК, НЕЛК, социални и общински служби и т.н.

Фигура 41. Значение на сътрудничеството на обслужващата организация с лечебно заведение в близост.

Фигура 42. Специалистите, които познават услугата, смятат че организацията трябва да си сътрудничи с болнично заведение в близост.

Фигура 43. Потребности на пациентите според медицинските специалисти.

Фигура 44. Най-натоварващите дейности при грижите в дома според медицинските специалисти.

Фигура. 45. Услуги, за които специалистите, които познават услугата, смятат че са най-натоварващи.

Фигура 46. Готовност за обслужване и общуване с лице с деменция.

Фигура 47. Специалистите, които смятат, че организацията трябва да предлага дейности по психичната адаптация на пациента и биха обслужвали лице с деменция.

Фигура 48. Специалистите, които смятат, че организацията трябва да предлага дейности по социалната адаптация и реинтеграция на пациента и биха обслужвали лице с деменция.

Фигура 49. Важно ли е лекуващият лекар да обсъжда здравното състояние с обслужваното лице и неговите близки?

Фигура 50. Необходимост от водене на дневник на обслужваното лице.

Фигура 51. Значение на провеждането на информационни мероприятия и обучения, свързани със здравното състояние на пациента, от обслужващата организация.

Фигура. 52. Значение на провеждането на информационни мероприятия и обучения, свързани със здравното състояние на пациента, от обслужващата организация, според запознатите с услугата специалисти.

Фигура 53. Значение на провеждането на специални информационни мероприятия и обучения, свързани със здравето на пациента, според специалистите, които смятат, че услугата включва и дейности по социалната адаптация и реинтеграция на пациентите.

Фигура 54. Значение на предоставянето на писмена информация за организацията на грижите и живота под формата на брошури, дипляни и др.

Фигура 55. Необходимост от организиране на срещи за обслужваните лица (кафе, игри, културни мероприятия и други).

Фигура 56. Необходимост от предоставяне на допълнителни дейности като фризьорство, педикюр, административни, правни, стопански и други услуги.

Фигура 57. Необходимост от обсъждане между служителите и обслужваните лица и техните близки поставените цели на планираните грижи.

Фигура 58. Обсъждане на кои елементи при първоначалното посещение са важни за определяне на нужните услуги?

Фигура 59. Готовност за съобразяване със специфичните желания за отношение и обгрижване на обслужваното лице.

Фигура 60. Най-важните компоненти на грижата, влияещи на удовлетвореността на обслужваното лице.

Фигура 61. Мнение на специалистите, които познават услугата, относно приноса за удовлетвореност на пациентите.

Фигура 62. Качества и компетенции на обслужващия професионалист.

Фигура 63. Значимост на рекламиране чрез средствата за масова информация на обслужващата организация.

Фигура 64. Необходимост от включване на психолог в обслужващия екип.

Фигура 65. Необходимост от включване на психолог в обслужващия екип според запознатите с услугата.

Фигура 66. Значение на извършването на стартова, етапна и заключителна оценка на резултатите от услугата „медицински патронаж в домашни условия“.

Фигура 67. Принципи, които трябва да се следват при прилагането на „медицинския патронаж в домашни условия“.

Фигура 68. Специалистите, които посочват за основен принцип на услугата „качество срещу пари“, смятат, че тя трябва да се предоставя от лекар, мед сестра, акушерка срещу заплащане.

Фигура 69. Специалистите, които посочват за основен принцип на услугата „качество срещу пари“, смятат, че тя трябва да се предоставя от болногледач срещу заплащане.

Фигура 70. Фактори за изпълнение на целите на общите и специалните грижи.

Фигура 71. Продължителност на оказване на услугата „медицински патронаж в домашни условия“.

Фигура 72. Най-честите случаи, при които е нужен „медицински патронаж в домашни условия“.

Фигура 73. Средства, които биха отделили медицинските специалисти месечно за „медицински патронаж в домашни условия“.

Фигура 74. Средства, които биха отделили лежачо болни пациенти месечно за „медицински патронаж в домашни условия“.

Фигура 75. Мнение на специалистите, които познават услугата, относно необходимите средства месечно.

Фигура 76. Определяне на необходимите средства месечно от специалистите, които смятат, че услугата трябва да се предоставя от лекар, мед сестра, акушерка срещу заплащане.

Фигура 77. Определяне на необходимите средства месечно от специалистите, които смятат, че услугата трябва да се предоставя от болногледач срещу заплащане.

Фигура 78. Определяне на необходимите средства месечно от специалистите, които смятат, че организацията на финансиране на дейността трябва да бъде пряко заплащане на обслужваното лице/обслужващата организация.

Фигура 79. Организации, финансиращи дейностите по „медицинския патронаж в домашни условия“.

Фигура 80. Предпочитание на вида на пакетите от дейности, услуги и стоки за „медицинския патронаж в домашни условия“.

Приложение 2

ВЪПРОСНИК ЗА ПРОУЧВАНЕ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ ОТ УСЛУГАТА „МЕДИЦИНСКИ ПАТРОНАЖ В ДОМАШНИ УСЛОВИЯ“

Медицински патронаж в домашни условия е съвкупност от дейности, услуги и стоки за опазване, възстановяване и поддържане на здравето в домашни условия.

Целта на настоящата анкета е да проучи потребностите от медицински патронаж в домашни условия сред гражданите, намиращи се към момента на анкетирането на лечение в болнично лечебно заведение.

Моля, внимателно прочетете въпросите, поясненията към тях и отговорите преди да дадете своите отговори чрез зачертаване със знака „X“.

Предварително Ви благодаря за грижливото, коректно и изчерпателно попълване на анкетата.

1. Познавате ли услугата „Медицински патронаж в домашни условия“?
(можете да посочите повече от един отговор)

- Да, от личен опит.
- Да, от опит с мои близки или роднини.
- Да, покрай мои съседи.
- Да, от мои приятели.
- По друг начин/случай, какъв
- Не (в този случай отговорете на останалите въпроси според Вашето мнение)

2. Какви услуги включва медицинският патронаж в домашни условия?
(можете да посочите повече от един отговор)

- Посещение от лекар.
 - Посещение от медицинска сестра, акушерка, рехабилитатор.
 - Посещение от болногледач.
 - Посещение от социален работник.
 - Смяна на превръзки, поставяне на инжекции, на венозна система.
 - Извършване на промивки на пикочни пътища, на дебелото черво, на други органи.
 - Контролен преглед/наблюдение от лекар.
 - Консултативен преглед от специалист.
 - Сестринско наблюдение/сестрински пост.
 - Рехабилитация, лечебна физкултура.
-

- Санитарни услуги.
- Друго, какво
-

3. Кой (коя организация) предоставя медицински патронаж в домашни условия? (можете да посочите повече от един отговор)

- Българският червен кръст.
- Личен лекар, лечебно заведение.
- Дом за социални грижи.
- Лекар, медицинска сестра срещу заплащане.
- Болногледач срещу заплащане.
- Близък или член на семейството.
- Друг, кой
-

4. В какви случаи се търси услугата „медицински патронаж в домашни условия“?

- Липса на свободен роднина за обгрижване.
- Невъзможност за по-дълъг отпуск за гледане.
- Изтощение на членовете на семейството и близките от грижите за болния.
- Проблеми с други роднини.
- По-доброто обгрижване на болния от професионалист.
- Друго, какво

5. При избор на обслужващата организация според Вас броят на персонала има ли значение?

- Да, причини
-
- Не, причини
-

6. Бихте ли се възползвали от непрекъсната денонощна грижа за болния, вкл. през почивните и празнични дни?

- Да.
- Не.
- Само когато трябва да отсъствам.

7. От значение ли е обслужващата организация да прилага модел на поведение, на обгрижване и на етични принципи?

- Да, да прилага стандартни модели.
 - Не, да прилага индивидуален подход.
-

8. Важно ли е предварително да избирате кой служител ще дойде при следващото посещение на болния?

- Да, мотиви
-
- Не.

9. Според Вас от значение ли е ограничаването на смяната на персонала?

- Да, мотиви
-
- Не.

10. Според Вас от значение ли е обслужващата организация (или неин филиал) да бъде разположена в близост до местоживеенето на пациента?

- Да, защото
- Не, защото

11. Според Вас има ли значение квалификацията и професионалния опит на служителите на обслужващата организация?

- Да. Вашите мотиви
-
- Не.

12. Според Вас важно ли е обслужващата организация да си сътрудничи с болнично лечебно заведение в близост?

- Да. Вашите мотиви
-
- Не.

13. Важно ли е обслужващата организация непрекъснато да обучава и квалифицира своите служители?

- Да. Защо
- Не.

14. На каква възраст предпочитате да е обслужващото лице?

- До 35 г.
- Над 35 – 50 г.
- Над 50 г.
- Няма значение.
-

15. Ако Сте ползвали услугите на медицинския патронаж в домашни условия, каква е Вашата оценка на грижите за болния?

- Много съм доволен.
- Доволен съм.
- Колкото съм доволен, толкова съм и недоволен.
- Не съм доволен.
- Много съм недоволен.

16. Кое според Вас е най-натоварващо при грижите за болен или възрастен човек в дома?

- Поддържане на личната хигиената на болния човек.
- Поддържане хигиената в дома.
- Водене на свободен разговор по избрана тема.
- Медицинското обслужване.
- Рехабилитация.
- Осигуряване на превоз и придружаване на болния при лекар или до обществена институция.
- Осигуряване на културно-развлекателни мероприятия.
- Друго, какво (моля, посочете)
-

17. Според Вас, важно ли е лекуващият лекар да обсъжда здравното състояние на обслужваното лице с пациента и неговите близки?

- Важно е.
- Колкото е важно, толкова и не е.
- Не е важно.

18. Според Вас, важно ли е да се провежда първоначално посещение във връзка с изготвянето на оферта за предоставяните услуги?

- Важно е.
- Колкото е важно, толкова и не е.
- Не е важно.

19. Според Вас, необходимо ли е обслужващата организация да планира грижите и да разработва план-график за тяхното изпълнение?

- Необходимо е.
 - Колкото е необходимо, толкова и не е.
 - Не е необходимо.
-

20. Според Вас, важно ли е служителите да носят работно облекло?

- Важно е.
- Колкото е важно, толкова и не е.
- Не е важно.

21. Според Вас, важно ли е при посещение от нов служител, той да бъде представен лично?

- Важно е.
- Колкото е важно, толкова и не е.
- Не е важно.

22. Според Вас, необходимо ли е обслужващата организация да разяснява правната уредба относно медицинския патронаж в домашни условия?

- Необходимо е.
- Колкото е необходимо, толкова и не е.
- Не е необходимо.

23. Според Вас, важно ли е обслужващата организация да провежда специални информационни мероприятия, свързани със здравното състояние на пациента?

- Важно е.
- Колкото е важно, толкова и не е.
- Не е важно.

24. Според Вас, от значение ли е да знаете с кого разговаряте по телефона във връзка със заявката за медицински патронаж в домашни условия?

- Да. Моля, посочете причините за това:
- Не.

25. Според Вас, от значение ли е обслужващата организация да се рекламира по средствата за масова информация?

- Да. Защото:
- Не.

26. Според Вас, важно ли е обслужващата организация да е запозната и да прилага най-новите методи и технологии при лекуване, рехабилитация и т.н.?

- Важно е.
 - Колкото е важно, толкова и не е.
 - Не е важно.
-

Според Вас, от значение ли е обслужващата организация да предоставя писмена информация за болестта под формата на брошури, диплянки и др.?

- Важно е.
- Колкото е важно, толкова и не е.
- Не е важно.

27. За предоставяне на медицински патронаж в домашни условия предпочитате ли сключване на писмен договор?

- Предпочитам, защото:
-
- Не предпочитам, защото:
-

28. Според Вас, обслужващата организация да организира ли следобедни срещи за обслужваните лица (кафе, игри, културни мероприятия и други)?

- Да, защото:
-
- Не.

29. Според Вас, необходимо ли е обслужващата организация да предоставя допълнителни дейности и услуги като фризьор, педикюр, административни, правни, стопански услуги и други?

- Да.
- Не.
- Други какви услуги:
-

30. Според Вас, важно ли е служителите да обсъждат с обслужваните лица и техните близки поставените цели на планираните грижи?

- Важно е.
- Колкото е важно, толкова и не е.
- Не е важно.

31. Според Вас, важно ли е да знаете кой отговаря за жалбите и оплакванията при медицинския патронаж в домашни условия?

- Важно е.
 - Колкото е важно, толкова и не е.
 - Не е важно.
-

32. Според Вас, важно ли е в обслужващите екипи да се включва и психолог?

- Важно е.
- Колкото е важно, толкова и не е.
- Не е важно.

33. С каква продължителност бихте ползвали медицински патронаж в домашни условия?

- В определени часове на деня.
- През деня.
- През нощта.
- 24 часа непрекъснато.
- В определени дни от седмицата.
- Друга продължителност, каква:

34. За кои случаи бихте ползвали медицински патронаж в домашни условия? (можете да посочите повече от един отговор)

- За заболявания на опорно-двигателната система.
- За заболявания на дихателната система.
- За заболявания на храносмилателната система.
- За заболявания на нервната система.
- За заболявания на сетивните органи.
- За заболявания на ендокринната система.
- За заболявания на отделителната система.
- За заболявания на половата система.
- За заболявания на имунната система.
- За заболявания на сърдечносъдовата система.
- При онкологично заболяване.
- При напреднала възраст.
- При отсъствие на близки и роднини, които да ми помагат.
- При друга ситуация, каква:

35. Какви средства месечно бихте отделили за медицински патронаж в домашни условия?

- До 50 лв.
 - 51 – 100 лв.
 - 101 – 200 лв.
 - 201 – 300 лв.
 - 301 - 400 лв.
 - 401 – 500 лв.
 - Над 500 лв.
-

36. Вашата възраст (навършени години):

37. Пол: мъж жена

38. Завършено образование:

Начално

Средно

Висше - специалист

Висше - бакалавър

Висше – магистър

39. Вашата професия:

Приложение 3

В Ъ П Р О С Н И К ЗА ПРОУЧВАНЕ АСПЕКТИТЕ НА УСЛУГАТА „МЕДИЦИНСКИ ПАТРОНАЖ В ДОМАШНИ УСЛОВИЯ“

Патронажното обслужване е съвкупност от дейности, услуги и стоки за опазване, възстановяване и поддържане на достоен и качествен физически, психичен и социален живот на човешкия индивид в реалната му жизнена среда и в съответствие с неговите разумни потребности.

Медицинският патронаж в домашни условия е съвкупност от неотложни, извънболнични, болнични и рехабилитационни медицински и немедицински дейности, услуги и стоки за опазване, възстановяване и поддържане на физическото, психичното и социалното здраве като главна предпоставка и условие за достоен и качествен живот на човешкия индивид в обичайната му жизнена среда и в съответствие с неговите разумни потребности.

Целта на настоящата пряка индивидуална анкета е да проучи мнението на професионалистите относно аспектите (потребности, съдържание, изпълнители, организация, финансиране и др.) на медицинския патронаж в домашни условия за гражданите на Р. България.

Моля, внимателно прочетете въпросите, поясненията и отговорите към тях преди да посочите своите предпочитания чрез зачертаване със знака „X“.

Предварително Ви благодарим за грижливото, коректното и изчерпателното попълване на анкетата.

1. Познавате ли услугата „Медицински патронаж в домашни условия“?
(можете да посочите повече от един отговор)

- Да, от личен опит.
- Да, от опит с мои близки или роднини.
- Да, покрай мои съседи.
- Да, от мои приятели.
- По друг начин/случай (моля, посочете какъв).....
- Не (в този случай отговорете на останалите въпроси според Вашето мнение).

2. Какви услуги включва медицинският патронаж в домашни условия?
(можете да посочите повече от един отговор)

- Наблюдение от лекар.
 - Наблюдение от медицинска сестра.
 - Наблюдение от акушерка.
-

- Посещение от рехабилитатор.
- Посещение от болногледач.
- Посещение от социален работник.
- Посещение от психолог.
- Смяна на превръзки, поставяне на инжекции, на венозна система.
- Извършване на промивки на пикочни пътища, на дебелото черво, на други органи.
- Дейности по социална адаптация и реинтеграция.
- Дейности по психична адаптация.
- Консултативен преглед от специалист.
- Сестрински пост.
- Рехабилитация, лечебна физкултура.
- Санитарни услуги.
- Друго, какво (моля, посочете).....
.....

3. Кой (коя организация) следва да предоставя медицински патронаж в домашни условия? (можете да посочите повече от един отговор)

- Българският червен кръст.
- Личен лекар, лечебно заведение.
- Дом за социални грижи.
- Лекар, медицинска сестра, акушерка срещу заплащане.
- Болногледач срещу заплащане.
- Близък или член на семейството.
- Религиозна организация.
- Неправителствени специализирани организации.
- Доброволни здравноосигурителни дружества.
- Чрез публично-частно партньорство.
- Друг, кой (моля, посочете)
.....

4. В какви случаи считате, че се търси услугата „Медицински патронаж в домашни условия“?

- Липса на свободен роднина за обгрижване.
 - Невъзможност за по-дълъг отпуск за гледане.
 - Изтощение на членовете на семейството и близките от грижите за обслужваното лице.
 - Проблеми с други роднини.
 - По-доброто обгрижване на обслужваното лице от професионалист.
 - Друго, какво (моля, посочете).....
.....
-

5. Бихте ли преминали допълнително обучение (квалификация, специализация) за специфичните грижи при медицинския патронаж в домашни условия?

- Да, ако имам предоставена възможност от организацията.
- Да, бих инвестирал в това лично, за да съм по-конкурентно способен.
- Не мога да преценя.
- Не, не разполагам с време за това.
- Нямам интерес от допълнителна квалификация.

6. Наясно ли сте относно процедурата на подготовка за ТЕЛК, НЕЛК, социалните и общинските служби и т.н.?

- Наясно съм.
- Колкото съм наясно, толкова и не съм.
- Не съм наясно.
- Не съм наясно с цялата обществена организация по оказването на медицински патронаж в домашни условия.

7. Според Вас важно ли е обслужващата организация да си сътрудничи с болнично лечебно заведение в близост?

- Да. Вашите мотиви
-
- Не. Вашите мотиви
-

8. Според Вас, от какво има най-голяма нужда обслужваното лице? (Можете да посочите повече от един отговор)

- От справяне с болката.
- Контрол на симптомите.
- Съдействие и придружаване.
- Поддържане на личната хигиената.
- Поддържане хигиената в дома.
- Водене на свободен разговор, социална комуникация.
- Рехабилитация.
- Осигуряване на превоз.
- Друго, какво (моля посочете).....

9. Кое според Вас е най-натоварващо при грижите в дома?

- Поддържане на личната хигиената на обслужваното лице.
 - Поддържане хигиената в дома.
 - Водене на свободен разговор по избрана тема.
 - Медицинското обслужване.
-

- Рехабилитацията.
- Осигуряването на превоз и придружаване на обслужваното лице при лекар или до обществена институция.
- Друго, какво (моля, посочете)
-

10. Бихте ли обслужвали и общували с обслужвано лице с деменция?

- Да.
- Не мога да преценя.
- Не.

11. Според Вас, важно ли е лекуващият лекар да обсъжда здравното състояние с обслужваното лице и с неговите близки?

- Важно е.
- Колкото е важно, толкова и не е.
- Не е важно.

12. Според Вас, какво е важно да се коментира при първоначалното посещение във връзка с определянето на нужните услуги? (можете да посочите повече от един отговор)

- Здравното състояние.
- Психичното състояние.
- Социалните проблеми.
- Домашната атмосфера.
- Финансовите параметри.
- Възможностите за подпомагане при обгрижването от роднини и близки.
- Времеви/Часови рамки на грижата.
- Желание на обслужваното лице за допълнителна информация за относно болестта и възможностите за рехабилитация (физическа, психична, социална).
- Друго, какво (моля посочете)
-

13. Смятате ли, че е важно да се води дневник на обслужваното лице?

- Важно е.
- Колкото е важно, толкова и не е.
- Не е важно.

14. Според Вас, важно ли е обслужващата организация да провежда специални информационни мероприятия и обучение, свързани със здравното състояние на пациента?

- Важно е.
-

- Колкото е важно, толкова и не е.
- Не е важно.

15. Според Вас, от значение ли е обслужващата организация да се рекламира чрез средствата за масова информация?

- Да. Защото:
-
- Не. Защото:
-

16. Според Вас, от значение ли е обслужващата организация да предоставя писмена информация за организацията на грижите и живота под формата на брошури, диплянки и др.?

- Важно е.
- Колкото е важно, толкова и не е.
- Не е важно

17. Според Вас, обслужващата организация следва ли да организира срещи за обслужваните лица (кафе, игри, културни мероприятия и други)?

- Да, защото:
-
- Не, защото:
-

18. Според Вас, необходимо ли е обслужващата организация да предоставя допълнителни дейности и услуги като фризьорство, педикюр, административни, правни, стопански и други услуги?

- Да.
 - Не.
- Ако ДА, какви други услуги:
-

19. Според Вас, важно ли е служителите да обсъждат с обслужваните лица и техните близки поставените цели на планираните грижи?

- Важно е.
- Колкото е важно, толкова и не е.
- Не е важно.

20. Ако обслужваното лице има специфични желания за отношение и обгрижване, бихте ли се съобразили с него?

- Да.
-

- Не знам.
- Не.

21. Според Вас, кое е най-важното за удовлетвореността на обслужваното лице? (може да посочите повече от един отговор).

- Отношението на обслужващия го професионалист към него.
- Отношението на обслужващия го професионалист към роднините му.
- Работата с екип от професионалисти.
- Начинът на работа.
- Квалификацията и компетентността на обслужващия го професионалист(и).
- Друго, какво (моля посочете)
-

22. Какви лични качества и компетенции трябва да притежава професионалистът, който обгрижва обслужваното лице? (можете да посочите повече от един отговор)

- Издръжливост на психическо натоварване.
- Професионализъм.
- Квалификация в областта на хранене.
- Знания в областта на геронтологията.
- Знания в областта на палиативните грижи.
- Знания в областта на психологията и психиатрията.
- Умения за общуване с обслужваното лице.
- Емоционална уравновесеност.
- Висока обща култура.
- Добронамереност.
- Воля за успешно реализиране на програмата и плана за медицинския патронаж в домашни условия.
- Владее на чужд език.
- Друго какво (моля посочете)
-
-

23. Според Вас, важно ли е в обслужващите екипи да се включва и психолог?

- Важно е.
- Колкото е важно, толкова и не е.
- Не е важно.

24. Според Вас, важно ли е извършването на стартова, етапна и заключителна оценка на резултатите от медицинския патронаж в домашни условия?

- Важно е.
 - Колкото е важно, толкова и не е.
-

Не е важно.

25. Според Вас, какви принципи следва да се прилагат при медицинския патронаж в домашни условия?

Планирането на дейността и разпределението ѝ сред изпълнителите да се извършва въз основа на реалните и разумни потребности на обслужваното лице.

Качество срещу пари.

Достъпност.

Своевременност.

Друго какво (моля посочете)

.....

.....

26. От какво зависи да се изпълнят целите на общите и специалните грижи?

От първоначалната оценка.

От самото обгрижване.

От обслужваното лице.

Друго какво (моля посочете)

.....

27. Според Вас, с каква продължителност смятате, че следва да се оказва медицинският патронаж в домашни условия?

В определени часове на деня.

През деня.

През нощта.

24 часа непрекъснато.

В определени дни от седмицата.

Друга продължителност, каква (моля посочете):

.....

28. Според Вас, при кои случаи най-често следва да се ползва медицинският патронаж в домашни условия? (можете да посочите повече от един отговор)

За заболявания на опорно-двигателната система.

За заболявания на дихателната система.

За заболявания на храносмилателната система.

За заболявания на нервната система.

За заболявания на сетивните органи.

За заболявания на ендокринната система.

За заболявания на отделителната система.

За заболявания на половата система.

За заболявания на имунната система.

За заболявания на сърдечносъдовата система.

- При онкологично заболяване.
- При напреднала възраст.
- При отсъствие на близки и роднини, които да помагат.
- При друга ситуация, каква (моля посочете):

29. Какви средства месечно бихте отделили за медицински патронаж в домашни условия?

- До 50 лв.
- 51 – 100 лв.
- 101 – 200 лв.
- 201 – 300 лв.
- 301 - 400 лв.
- 401 – 500 лв.
- Над 500 лв.

30. Според Вас, каква следва да е организацията на финансирането на дейностите по медицинския патронаж в домашни условия? (можете да посочите повече от един отговор)

- Пряко заплащане на обслужващото лице/обслужващата организация.
- Абонаментно обслужване по договор.
- От доброволно здравноосигурително дружество по договор.
- От обществени фондове.
- От религиозни фондове.
- От неправителствени организации.

Друга каква (моля посочете)

31. Според Вас, какъв да е видът на пакетите от дейности, услуги и стоки за медицинския патронаж в домашни условия?

- Лицензиран стандартен типов пакет.
- Индивидуализиран, по избор на обслужваното лице от предлагани лицензирани пакети.
- Свободно предлаган списък с ценоразпис.
- Друг какъв (моля посочете)

32. Вашата възраст (навършени години):

33. Пол: мъж жена

34. Каква е Вашата професия?

- Лекар, специалност
- Медицинска сестра, специалност.....
- Акушерка.
- Рехабилитатор.
- Психолог.
- Администратор.
- Социален работник.
- Болногледач.
- Санитар.
- Друг професионалист (моля посочете)
-