МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

ВЪЛЧИН СТОЯНОВ ГАРОВ

ИНТЕГРАТИВЕН МЕНИДЖЪРСКИ ПОДХОД В УПРАВЛЕНИЕТО НА БОЛНИЧНО ЗАВЕДЕНИЕ ПО МОДЕЛА НА „МЕДИЦИНСКИ КОМПЛЕКС ДОВЕРИЕ“

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД
ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН “ДОКТОР”

Област на висше образование: 7. „Здравеопазване и спорт”
Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве”
Научна специалност „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията”

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ:
ДОЦ. АНТОНИЯ ЯНАКИЕВА, ДМ

София

2017

Съдържание

Съкращения **1**

Въведение **3**

I Глава. Литературен обзор **6**

1.1 Структурни проблеми и предизвикателства на здравната система 6

1.2 Приложение на мениджмънта и лидерството в здравно заведение 14

1.2.1 Мениджмънтът в здравеопазването 14

1.2.2 Стратегически и оперативен мениджмънт 16

1.2.3 Качества на ефективния лидер 18

1.2.4 Дефицитът на лидери – бариера за добро управление на здравното заведение 21

1.2.5 Лидерски компетентности в здравеопазването 24

1.3 Същност и дефиниции на маркетинга в здравеопазването 28

1.4 Понятието услуга 34

1.4.1 Елементи на услугата 35

1.4.2 Решения за покупка. Видове 38

1.5 Приложение на маркетинга 40

1.5.1 Съвременна концепция за маркетинг 40

1.5.2 Стратегически и оперативен маркетинг 42

1.5.3 Маркетинг-микс 44

1.6 Стратегически маркетинг на лечебно заведение 53

1.6.1 Стратегически маркетингов анализ. Пазар и регулиране в здравеопазването 55

1.6.2 Стратегическо маркетингово планиране 61

1.6.3 Внедряване на стратегията 67

1.6.4 Оценка и контрол на стратегията 69

1.6.5 Социолно-етичен маркетинг в здравеопазването 70

1.6.6 Интернет маркетинг и приложение на електронните технологии в здравните услуги 71

1.7 Мотивационните теории и маркетинговата култура в управлението на човешките ресурси 73

1.7.1 Роля на мотивацията в мениджмънта. Модел на Маслоу за човешките потребности. 74

1.7.2 Двуфакторна теория на потребностите на Херцберг 77

1.7.3 Теория на потребностите на Макклеланд 79

1.7.4 ERG - теория на Клейтон Алдерфер 80

1.7.5 Процесуални мотивационни теории 81

1.8 Техники за мотивация 85

1.8.1 Личностни предпоставки за мотивиране 89

Потребностите 92

Възнагражденията 92
1.8.2 Удовлетворение от работата 97

II Глава. Цел, задачи и методика на проучването 100

III Глава. Анализ на данните от проучването мнението на медицинските специалисти 102

IV Глава. Приложение на резултати от проучванията в политиката на човешките ресурси 119

1.1 Мениджмънт на персонала в лечебно заведение 119
1.2 Маркетинг на персонала – позициониране като атрактивен работодател 120
1.2.1 Инструменти на маркетинг на персонала 121
1.2.2 Марка на работодателя 122
1.2.3 Атрактивност на работодателя 124
1.3 Подбор на персонала 125
1.4 Навлизане в работата и интеграция 128
1.5 Развитие на персонала – привличане чрез индивидуално подпомагане 130
1.6 Мотивация чрез задоволяване на потребностите 139
1.7 Значение и място на мениджмънта на персонала в модерното ръководство на болнично заведение 147

V Глава. Изводи и препоръки 149

Заключение CLII

Литература CLIII

Приложение 1 CLX

Приложение 2 CLXIII

Приложение 3 CLXIV

Приложение 4 CLXX

Съкращения

БАН- Българска академия на науките

БВП – Брутен вътрешен продукт

БЛС – Български лекарски съюз

БЗС- Български зъболекарски съюз

БСК – Българска Стопанска Камара

БФС- Български фармацевтичен съюз

ДОО – Данък общ доход

ЕК- Европейска комисия

ЕС – Европейски съюз

ЗЗ - Закон за здравето

ЗЗО- Закон за здравното осигуряване

ЗЛЗ - Закон за лечебните заведения

ЗЗОЛ- Задължително здравно осигурено лице

ИАМО - Изпълнителна агенция „Медицински одит”

ИИИ – Институт за икономически изследвания

КЗП- Комисия за защита на потребителя

КФН- Комисия за финансов надзор

КСО- Кодекс за социално осигуряване

МЗ – Министерство на здравеопазването

МС- Министерски съвет

МФ- Министерство на финансите

МТСП- Министерство на труда и социалната политика

НАП- Национална агенция за приходите

НЗОК – Национална здравноосигурителна каса

НРД – Национален Рамков Договор

НСИ- Национален статистически институт

НОИ- Национален осигурителен институт

РЗИ – Регионална здравна инспекция

РЗОК – Районна здравноосигурителна каса

СЗО - Световна здравна организация

Въведение

Икономическата среда и условията на здравно-демографска криза, продължаващата реформа и неефективност на здравната система, са предпоставка за засилване на необходимостта от въвеждане на маркетингови подходи за управление и организация в здравеопазването. Осигуряване на грижи с по-голяма достъпност и качество, по-високо качество на живот за пациентите е една от важните тенденции в развитието на здравните системи по света. Това изисква внедряването на пазарни механизми за тяхното финансиране, управление с възможности за свободен пазар, свободна конкуренция и лидерски решения.

Развитието на здравните заведения в условията на пазарна икономика изисква усвояване на основните концепции и стратегии на маркетинга. Креативното им развитие налага възприемането на маркетинговите принципи, приемането на маркетинга като ключов елемент и основен подход в управлението.

Реформирането на здравеопазването е един процес, който обхваща повече или по-малко изразено, всички държави на планетата, в които има изградени здравни системи. Необходимостта от здравна реформа, трябва да се разглежда като част от демократизиране на обществото и държавата и изграждане на национална пазарна икономика.

Маркетингът е наука, неделима част от теорията и практиката на мениджмънта. Добрият мениджмънт изисква адекватен отговор на потребностите, желанията и очакванията на пациентите и всички потребители на здравни услуги. Успехът в здравеопазването се гради на базата на развитието на новите идеи и новите подходи. Целта е прилагане на нови управленски техники за създаване на нови оптимални структури, с нов управленски подход към клиента. Без прилагане на подходите и инструментите на съвременния маркетинг-мениджмънт и бизнес-планирането, управлението на националните здравеопазни системи е немислим.

Медицинският преглед е основна услуга, предлагана в сферата на здравеопазването. Тя винаги включва поне два участника: лекарят, който разпознава и тълкува признаците и симптомите на проблема на пациента; пациентът, който е отговорен в известна степен за своето неразположение или подобрение. Характеристики на услугата са нематериалност, неотделимост от източника, непостоянство на качеството и нейната несъхраняемост. Тя е неосезаема и следователно не може да се складира нито превозва. Извършването и изисква наличието на висококвалифициран персонал. Качеството не е трайно, то варира според извършителя на услугата и момента. Обикновено потребителите не

плащат директно и веднага: съществува трети платец (държавата или осигуряването), който поема заплащането на сметката.

Болничният маркетинг е мисия и отговорност на първо място на мениджмънта на даденото болнично заведение. Болничните заведения припознават нуждата от професионално управление на маркетинговите дейности и прилагането на различни инструменти за завладяване на пазара. Някои от тях са проучване на пазара, сегментиране, таргетиране, позициониране, планиране и контрол, също така анализиране на предлагането и търсенето, комуникационна политика на по-добри медицински, административни и битови услуги, е-маркетинг (online-маркетинг), връзки с обществеността, промоционални кампании, проучване удовлетвореността на пациентите и персонала и много други.

Когато говорим за маркетинг в сферата на здравеопазването и конкретно за болнични заведения, изхождаме от специфичен фокус, тясно свързан с пациента. Чрез маркетинга на здравни услуги се оптимизират взаимоотношенията между „производител (доставчик) на здравни услуги" и „потребител (купувач, пациент, консуматор) на здравни услуги", както и ръководство и служители.

Здравеопазването е силно повлияно от нормите и ценностите на обществото, както и медицинската етика. То отразява дълбоко вкоренените социални и културални очаквания на обществеността. Затова е особено важно да се идентифицират организационните ценности и фактори, които повлияват отделните стъпки на маркетинга като процес, и по-конкретно: кой, ще прави какво, докога и на каква цена? Колко сме готови да заплатим и на кого?

Незадълбоченото проучване на тези важни въпроси на маркетинга в здравеопазването у нас обуславят провеждането на настоящото проучване.

Здравните изисквания към полагащите грижи постоянно нарастват. При растящ брой на пациенти, нуждаещи се от грижи, все по-ограничено време и нарастваща възраст на заетите се повишава изискването за издържливост. При все по-сложни задачи, повишена отговорност и липса на персонал (в случая повече работа) се увеличава също така и психическото натоварване за служителите и ръководителите. Даден амбулаторен медицински патронаж може да бъде привлекателен за нови и съществуващи служители само тогава, когато се справи с тези нарастващи предизвикателства. Какво ръководството на предприятието конкретно може да предложи и приложи, за да запази и укрепи психичното и физическото здраве на служителите, е представено в следващия раздел.

Изборът на тема „Интегративен мениджърски подход в управлението на болнично заведение по модела на „Медицински Комплекс Доверие“ е определен от:

1. Лидерски стил на управление за постигане на високи резултати при нивото на качеството на предоставяне на медицински и административни услуги, следвано от по-високи и по-добри финансови резултати с цел завладяване на по-голям сегмент и завземане на лидерската позиция в болничната сфера.

2. Необходимостта от радикална преориентация на здравните заведения – от „обслужване на пациенти" към „удо влетворяване на потребности".

3. Запазване и укрепване психичното здраве на служителите, удовлетворяване на потребностите, произтичащи от работното място, не само мотивация на служителите, но и целенасочен процес по обвързването им с организацията, заинтересованост относно предлагане на най-добрите услуги стои в центъра на иновативния мениджърски подход.

I Глава. Литературен обзор

1.1 Структурни проблеми и предизвикателства на здравната система

Развитието на здравните заведения в условията на пазарна икономика изисква усвояване на основните концепции и стратегии на мениджмънта. В последните две десетилетия частичните реформи в системата на здравеопазването като напр. икономическите, организационните, социалните и маркетинговите мерки, които са предприети, не са подчинени на обща концепция, обединяваща усилията на държава, работодатели, потребители и медицински професионалисти. В резултат на това здравният статус на населението е занижено в сравнение с преди десетилетие. Натрупаните проблеми водят до по-ниско качество на живот и са в основата на критичното състояние на системата на здравеопазването.

Структурните проблеми, разработени в доклад на Българската Стопанска Камара (БСК) за 2014 г., могат да се дефинират в следните пет основни направления[1]:

1. Финансиране на системата;
2. Организация на системата;
3. Технологична и кадрова обезпеченост;
4. Нормативна недостатъчност;
5. Ефективност на здравната система.

Финансиране на системата

Липсата на последователна политика в системата на здравеопазване позволи да се формира псевдопазар на здравни услуги, в който ежегодно се разходват между 7 и 9 млрд. лв. Това са преобладаващо публични средства от осигурителни вноски, процентно намаляващи средства от републиканския и общинските съвети, средства от регламентирано заплащане на населението за медицински услуги и лекарства, частни инвестиции за лечебни заведения, закупуване на медицински застраховки и значителни средства от населението за т.нар. неформални плащания за медицински услуги.

Този пазар не се регулира, не се управлява, не се анализира и не се отчита ефектът от инвестирането на заплатените от населението огромни средства за подобряване здравето на нацията. В него не са ясно идентифицирани участниците,

[1] www.bia-bg.com/ Zdraveopazvane-2014

липсва координация, съгласуваност и отчет за размера на вложените средства, както на национално, така и на регионално равнище. В резултат на това са огромните деформации в качеството и ефективността от дейността на системата.

Финансирането на входа на системата се извършва от два основни източника:

- Осигурителни вноски – от работодатели, работници и служители, самоосигуряващи се лица, но около 1.2 млн. души не плащат здравноосигурителни вноски.
- Републиканския бюджет – министерства, ведомства и общини.

В последните 10 години структурата на приходите за системата се променя съществено. Трайна е тенденцията държавата да се оттегля последователно от финансирането на системата.

Делът на бюджета на НЗОК в общите разходи за здравеопазване се увеличава от 60 на сто през 2008 г. на 81 на сто през 2014 г.[2]

Голяма част от дейностите, които държавата плащаше през бюджета на Министерство на здравеопазването (МЗ), са пренасочени за плащане чрез бюджета на НЗОК, без съответните промени в бюджета на касата.

Има постоянен необоснован натиск за непрекъснато увеличаване на основния пакет от дейности, които се покриват от бюджета на НЗОК, в т.ч. лечение на редки болести, скъпоструващи консумативи и др. Особено силно влияние оказа прехвърлянето на хемодиализата и реимбурсирането на всички лекарствени продукти (без ваксини и лечение на СПИН и туберкулоза) в бюджета на НЗОК.

През периода 2010-2012 г. държавата намали финансовия ресурс на системата чрез:

- Одържавяване на 1.400 млн. лв. под формата на излишъци от бюджета на НЗОК;
- Отклоняване от бюджета на НЗОК за бюджета на МЗ на 340 млн. лв. през 2011 г. и 100 млн. лв. през 2012 г.;
- Неефективна работа на приходната администрация, която не събира задължителните здравноосигурителни вноски от над 1.2 млн. души.

Държавата се опитва да компенсира намалените приходи чрез увеличение на прякото и косвеното облагане.

Трайна тенденция е ръстът на постъпленията от осигурителни вноски да е в резултат само от увеличението на средния осигурителен доход, средния размер за

[2] Доклад на Българска Стопанска Камара (БСК), 2014 г.

всички пенсии, минималната и средната работна заплата, минималния и максималния осигурителен доход, увеличението на ставката на вноската.

През периода 2008-2013 г. ставката за здравно осигуряване се увеличи с 33%, таванът на максималния осигурителен доход – с 10 %, минималният осигурителен доход за самоосигуряващите се – със 75 %, средният осигурителен доход – с 30 %, средната работна заплата – с 48 %, МРЗ – с 41 %, и т.н. (Табл. 1.).

Табл. 1. Ключови показатели, влияещи върху приходите от здравни вноски

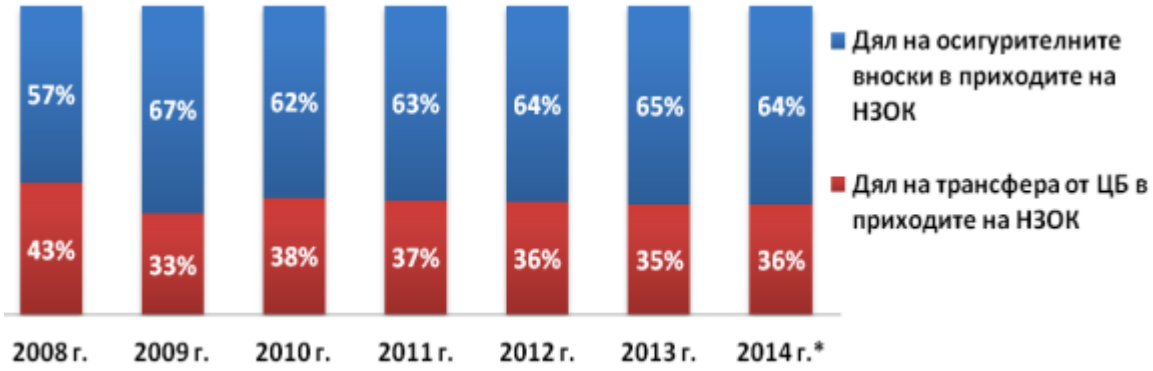
	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2008÷2013 изм. в %
МРЗ, лв.	220	240	240	270	290	310	40,9
СРЗ, лв.	545	609	647	686	766	808	48,3
Здравноосигурителна вноска	6%	8%	8%	8%	8%	8%	33,3
Средномесечен осигур. доход, лв.	501	555	570	594	618	649	29,6
МОД за самоосигуряващи се, лв.	240	260	420	420	420	420	75,0
Макс. осигурителен доход, лв.	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 200	10,0
Осигурени лица (хил.д.), вкл.:	2 866	2 830	2 831	2 766	2 770	2 730	-4,8
• *Самоосигуряващи се*	*260*	*279*	*186*	*183*	*206*	*199*	-23,7
• *Земеделски производители*	*44*	*50*	*36*	*32*	*30*	*34*	-23,5
Пенсии, хил.бр.	2 687	2 665	2 667	2 676	2 697	2 678	-0,3
Пенсионери, хил.д.	2 215	2 193	2 192	2 200	2 218	2 196	-0,9
Средна пенсия на 1 пенсионер,лв.	209	244	263	267	271	294	40,7
Средна пенсия за ОСВ, лв.	210	263	284	289	294	318	51,5
Максимална пенсия, лв.	490	648	700	700	700	753	53,6
Минимална пенсия за ОСВ, лв.	108	130	136	136	141	149	37,5
Социална пенсия, лв.	80	97	101	101	101	108	34,4
Регистрирани безработни, хил.д.	233,2	281,0	350,9	332,6	364,5	371,4	59,3
Безработни с право на обезщетение, хил.д.	67,5	121,0	136,8	106,6	117,7	115,3	70,9

Кумулативното въздействие на всички тези фактори не доведе до очакваното рязко нарастване на номиналната стойност на приходите от здравноосигурителните вноски, които през 2008 г. са в размер на 1 561 млн.лв., а през 2012 г. са 1 728 млн.лв. Това е точна индикация за погрешната политика за формиране на приходи и за неефективността на данъчната администрация.

В продължение на четири години (2010-2013г.) общият трансфер от Републиканския бюджет към НЗОК за здравноосигурителни вноски на лицата, които се осигуряват от държавата (пенсионери, деца, ученици, безработни, студенти и др.), се запази в размер на 941.1 млн. лв., въпреки промените в показателите, на основата на които той се определя. Само от постъпления от увеличението на масата от изплатените пенсии в здравната система не са постъпили 62.207 млн.лв.

Продължава практиката размерът на здравноосигурителните вноски за осигуряваните от държавата лица да не съответства на разходите, които се правят за тяхното здравно обслужване. Средната осигурителна вноска за тях е около 19.60 лв., при средна вноска за осигурените от реалния бизнес около 60.10 лв. При тази ситуация реалният сектор осигурява с внесените от него вноски 64 на сто от бюджета на НЗОК, при положение, че прави вноски за 33.4 на сто от всички осигурени лица. (Фиг. 1)

Фиг. 1. Принос към общия бюджет на НЗОК (дялове, %)

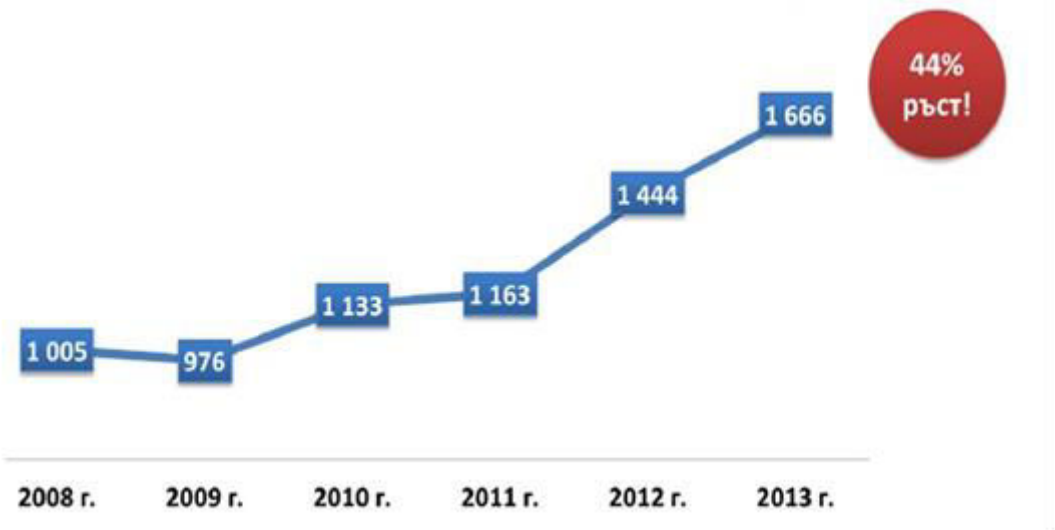


Трайна тенденция е увеличаващата се финансова тежест да е за сметка на потребителите, вместо да се поема от обществените средства, както е в развитите европейски страни. Според доклад на Световната банка, в България е най-висок делът на плащанията със собствени средства като процент от общите разходи за здравеопазване. Този факт, както и изключително ниските доходи на населението, поставят сериозни проблеми пред достъпа на гражданите до здравни услуги.

Организация на системата

Разходите за болнична помощ неоправдано се увеличават през последните години. За периода от 2008 до 2013 г. разходите за болнична помощ имат ръст от 65.7 на сто, което в номинално изражение е 661 млн. лв. повече, без да настъпят особени промени в здравния статус на населението. (Фиг. 2)

Фиг. 2. Разходи за болнична помощ (в млн. лв.)



Необосновано се увеличава броят на лечебните заведения, което създава условия за свъхпредлагане на медицински услуги и дейности, за които се смята, че са печеливши и може бързо да се възстанови инвестицията. За тях е въведен механизъм на автоматизъм за финансиране от НЗОК. Това доведе до рязко и неоправдано повишаване на размера на средствата, които се отделят от бюджета на НЗОК за болнична помощ. За 2013 г. около 30 % от ресурса на НЗОК за София е в полза на новооткритите болници.

Въвеждането на регулативните стандарти в извънболничната помощ и особено на лимитите в болничната помощ, както и системата за специализация на медиците, създадоха условия финансовият резултат на лечебните заведения, а оттам и доходите на медицинския персонал, да не зависят от количеството и качеството на положения труд, от търсенето и предлагането на тяхната услуга.

Липсва прозрачност в дейността на здравната система. Няма практика да се представят анализи и информация за извършените разходи за здравното обслужване на различните групи осигурени лица, за приоритетите и възникналите проблеми в медицинското обслужване и резултатите от него. Липсва и адекватна отчетност за реалните разходи в сектора на здравеопазването, а оттук – няма данни за крайната себестойност на медицинската услуга за пациента.

Контролната дейност е регистрационна, липсва превантивност и не се отчитат ефектът и резултатите от извършената медицинска услуга.

Няма общоприети критерии за атестиране и оценка от качеството на работа и постигнатите резултати от лечението на отделните клиники, отделения и болници, както и на всеки специалист.

Липсва контрол при медицинската експертиза – особено при отпускането и определянето на инвалидните пенсии и болничните листа.

Забавя се въвеждането на електронното здравеопазване като решаващ фактор за подобряване на ефективността на здравната система, за осигуряване на по-голяма прозрачност в дейността й, за повишаване на качеството и контрола върху оказваните медицински услуги. Отделени са значителни средства за електронизация на здравеопазването и осигурителната система без особен и видим ефект за обслужването на осигурените и за повишаване на качеството на работа на медицинските специалисти.

Не е разработена държавна политика и конкретни действия за намаляване на броя на здравноНЕосигурените лица. Няма ясна регламентация за това кой ще поема разходите за тяхното лечение. Лечението на този контингент от хора продължава да се извършва за сметка на здравноосигурените лица. По тези причини здравните заведения постоянно натрупват сериозни задължения за доставка на консумативи, материали, лекарства и др. В Републиканския бюджет не са предвидени необходимите средства за покриването им.

Липсва достъпна и качествена спешна медицинска помощ. Повече от 50 на сто от дейността на центровете за спешна медицинска помощ (ЦСМП) е свързана с оказване на медицинска помощ на пациенти, които трябва да се обслужват от лечебните заведения за първична и специализирана помощ и не са обект на спешна помощ. Това се утвърждава като практика за заобикаляне на осигурителната система от лицата, които не участват в нея (здравнонеосигурените лица).

Управлението на НЗОК не съответства на публичния характер на институцията – монополна одържавена институция. Липсва реално трипартитно управление на здравноосигурителната система, което да отговаря на реалния принос на страните във финансирането на системата.

Здравната система е силно бюрократизирана, особено при обслужването на населението. Нарушени са принципите на справедливост, универсален достъп и равнопоставеност при обслужването на пациентите.

Технологична и кадрова обезпеченост

Отлага се приемането на дългосрочна инвестиционна политика, с която да се осигури реализация на целите на реформата в здравеопазването.

Голяма част от болниците нямат необходимата съвременна апаратура и кадри за качествена и навременна диагностика и лечение. В резултат на това са налице много сериозни деформации в регионален аспект, което лишава

населението от малките и средните общини от достъп до високоефективна апаратура, оборудване и качествена медицинска помощ.

Задълбочава се проблема с недостига на медицински кадри по отношение на структурата, броя и териториалното разпределение на специалистите по отделни специалности:

- Висококвалифицираните кадри намаляват, а броят на патоанатомите, съдебните лекари, анестезиолозите, детските лекари, микробиолозите, хирурзите и др., е под критичния минимум.
- Голяма част от здравните специалисти (особено младите) напускат страната. В продължение на 6 години повече от 3000 лекари са напуснали България.
- Само 5 % от лекарите са на възраст до 30 години.
- Критично е положението с броя и възрастовата структура на медицинските сестри.
- Липсва стройна система за продължаващо медицинско образование. Повишаването на квалификацията е оставено на инициативата на съсловието.
- Липсват добре подготвени и мотивирани здравни мениджъри. Като правило, изискванията за тези, които заемат ключови позиции в системата, компетентността и професионализма са заменени от политическата принадлежност.

Нормативна недостатъчност

Много честа е промяната на нормативната уредба, свързана с проблемите на здравеопазването и здравното осигуряване, което говори за нейната нестабилност. Законът за здравното осигуряване е променян повече от 50 пъти. Подобно е положението и със Закона за здравето, Закона за лекарствените средства и др. Като правило, предлаганите промени не се обосновават с оценка на въздействието им.

Липсва нормативна уредба за реда и условията на заплащане от пациентите на извършените за тях медицински услуги. Необходимо е на основата на реално остойностяване на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, да се определят регламентираните плащания за дейностите, които не са включени в основния пакет. При сегашната законодателна рамка тези разходи не могат да се ограничават и да подлежат на контрол, както в частните, така и в държавните и общинските лечебни заведения. По същество, системата на кофинансирането е узаконена, без да има правила за това.

Няма нормативен акт, с който да се определят ясни правила за реда и начина на медицинското обслужване на здравнонеосигурените лица и за финансирането на тази дейност. Това води до дефицити в лечебните заведения и ощетява осигурените лица.

Ефективност на здравната система

Натрупаните дефицити в здравната система доведоха в последните години до изключително ниска ефективност. Като се отчита, че финансовите резерви в системата са почти нулеви, на практика годишните разходи са равни на годишните приходи.

Официалните публични разходи на системата за периода 2008-2014 г. са нараснали с 23 % – от 2 815 млн. лв. на 3 468 млн. лв. За същия период са се увеличили с 58 % и разходите за сметка на едно лице от населението. За разглеждания период населението на страната е намаляло с около 400 000 души, т.е. увеличени са реалните разходи на едно лице.

Съотношението между публични и частни разходи за здравеопазване в БВП се променят в посока непрекъснато увеличаване на процента на разходите на частния сектор за сметка на публичните.

Разходите за лекарства, медицински изделия, оптика и др. са почти изцяло (78%) за сметка на домакинствата. За периода 2006-2011 г. разходите на домакинствата за лекарства и др. медицински консумативи са се увеличили почти два пъти – от 1072.4 млн. лв. за 2006 г. на 1833.6 млн. лв. за 2011 г. (Фиг. 3)

Фиг. 3. Разходи за медикаменти и др. медицински продукти и консумативи, хил. лв.

Липсва система за анализ и оценка на финансовата дейност в системата:

- Няма критерии за оценка на ефективността от използвания публичен ресурс, обвързване на предоставения ресурс с изисквания за определено

качество на медицинско обслужване и стимули за повишаването му. Практика е средствата, които предоставя НЗОК, да се „усвояват", без да се следи и отчита постигането на предварително зададени изисквания и критерии за качество.

- Липсва значима корелация между крайните здравни резултати при обслужването на пациентите и направените за това разходи. Независимо от драстичното увеличение на разходите за здравеопазване на едно лице, здравният статус на българина не търпи съществени изменения.

От съществено значение е да се конкретизират насоки за справяне и ефективно решаване на структурните проблеми на ниво болнична структура, като в центъра седи мениджърът, чийто компетенции трябва да са насочени към мотивиране на служителите за предоставянена по-високо качество на обслужване, преодоляване на трудностите, в които здравната система поставя работещите в сферата на здравеопазването и пациентите.

1.2 Приложение на мениджмънта и лидерството в здравно заведение

1.2.1 Мениджмънтът в здравеопазването

Понятието „мениджмънт" означава управление, контрол, регулиране ... Това понятие е едно от най-широко използваните в днешно време. Мениджмънтът е целенасочено въздействие на дейността на други хора за постигане на целите на организацията, мениджъра, обществото и т.н. Управлението въздейства върху всички ресурси, с които мениджърът разполага.

Определенията на понятието мениджмънт не спират до тук. Мениджмънтът може да се определи и като регулиране на системата чрез намаляване на нейната ентропия. Това трансформира последното определение в друго, а именно, че мениджмънтът е дейност за преминаване на системата от състояние на ентропия, неопределеност, хаос, в състояние на регулираност, определеност, порядък.

Според авторите на ръководството „Въведение в специалността Здравен мениджмънт", понятието може да се разглежда и като институция, и като функция. По-долу са представени техните определения.

Мениджмънтът като Институция са всички участници в процеса на управление, които вземат решения. Също така има йерархично разделение на функциите на мениджмънта: Top Management, Middle Management, Lower Management – от най-високото към най-ниското ниво на мениджмънт в организацията. Друга характеристика на мениджмънта като институция е защитата на интересите на организацията и на собствениците спрямо служителите.

От друга страна мениджмънтът може да се разгледа като функция. Това разграничаване от институцията е видно от изброените по-долу критерии:

- Като функция мениджмънтът означава и включва всички задачи и решения, които се случват в организацията.
- Следните основни задачи са характерни за мениджмънта:
  - Заседания за вземане на политически/стратегически решения;
  - Определяне на корпоративните цели;
  - Планиране;
  - Изготвяне на инструкции за осъществяване на плановете;
  - Контрол на реализирането;
  - Контролиране чрез постоянна комуникация на всички нива във вътрешната йерархия.

Здравеопазването е сложна, динамична и в пряко взаимодействие с всички други системи в обществения живот. Процентът на случайността е висок, което прави още по-важно вземането на добре обмислени и базирани на доказателства решения от компетентни и отговорни здравни мениджъри на всички нива на управление.

Като отличителни черти на професията здравен мениджър могат да бъдат обобщени в следните точки:[3]

- Официално назначени в позицията на власт. Властта трябва да се използва, да се използва целенасочено за постигане на целите на организацията, да се използва добронамерено. Тогава мениджърът постига ефективност и ефикасност на дейността.
- Направляват дейността на други хора. Мениджърът трябва да регулира и показва посоката. Изкуството на мениджмънта предполага постигането на резултати на организацията чрез направлението на усилията на други хора, а не на тези на мениджъра.
- Носят отговорност за ресурсите на здравната организация:
  - за осигуряване на ресурсите;
  - за изразходването на ресурсите.
- Отговорни за резултатите от дейността на целия колектив.
- Притежават специална квалификация за управление на организацията.

[3] Борисов, В. Здравен мениджмънт, Филвест, С., 2009

Фундаментални теории в мениджмънта в здравеопазването са описани в двете книги на проф. Воденичаров, а именно „7-те разлики между медика и мениджъра“ и „10-те принципа на медика и мениджъра“.

Характеристиките на мениджъра са описани в първата горепосочена книга. Те са следните:

1. Да мисли глобално!
2. Да цели ефективност!
3. Да обезпечи ресурса!
4. Да има необходимите знания и умения!
5. Да организира!
6. Да борави със значими статистически съвкупности!
7. Да управлява ресурса!

Във втората горепосочена книга авторът обобщава принципите на успешния мениджър, изброени в следния ред:

1. Имай безсмъртна цел.
2. Не вярвай, а анализирай.
3. Мисли асоциативно и интегрално.
4. Следвай главното, но се грижи за подробностите – манипулирай.
5. Бъди полезен.
6. Планирай.
7. Прогнозирай.
8. Организирай.
9. Мачтай.
10. Действай.

1.2.2 Стратегически и оперативен мениджмънт

В литературата се разграничават два вида мениджмънт – стратегически и оперативен. Стратегическият мениджмънт насочва своите действия и взема своите решения за взаимодействието на управляваната организация и околната среда. Това означава, че услията са насочени към разпознаване и реализиране на целите на организацията в конкурентната среда, използвайки пазарните и потребителски потенциали. Други дейности са насочени към откриване и определяне като приоритетни нови продукти и разработването им в услуга на обществото. Стратегическото ниво на мениджмънта отговаря за взаимовръзката между разход-полза в организацията и разпределя ресурсите. Стратегическият мениджмънт е с дългосрочна перспектива на планиране. В сферата на здравеопазването стратегическият мениджмънт планира десетки години напред.

Оперативният мениджмънт съответства на всекидневната работа в организацията. Целта на оперативния мениджмънт е да трансформира идеите, поставените задачи на стратегическия мениджмънт възможно най-бързо и най-ефективно в резултати. Основополагощият елемент е човешкият ресурс. Тук времевият диапазон е една година или няколко месеца в зависимост от бранша.

Друго разделение в мениджмънта разглежда нивата на мениджмънт спрямо йерархичната структура на организацията. Нивата на мениджмънт биват три:

- ✓ Висш мениджмънт – политическо ниво;
- ✓ Координиращ мениджмънт – средно или административно ниво;
- ✓ Оперативен мениджмънт – надзиращ мениджмънт.

В ръководството по Здравен мениджмънт доц. Янакиева изтъква основните четири функции на мениджмънта, изхождайки от икономическата наука.

Според ***нивото на йерархия***. Ако една от главните цели на организацията е висока удовлетвореност на потребителите (клиентите) от отношението на хората, работещи в нея (силно изразено в сферата на здравеопазването), то тази цел приема надолу по йерархията изменения към оперативни дейности. Например: отношението на лекари, медицински сестри, акушерки и други медицински специалисти се разделя и разглежда като индивидуален подход в едно здравно заведение. От друга страна за удовлетвореността на посетителите играе важна роля хигиената и инфраструктурата, която отново би могла да се раздели на подцели като повишаване на хигиената и като подновяване на инфраструктурни обекти. Друга подцел се отнася към административните порядки и организиране на процеса. Една от функциите на мениджмънта тук е да се разпределят, координират, контролират и оценят успешността на реализиране на целите.

Целите на организацията трябва да имат ***количествено измерение***, т.к. в противен случай процесът на управление рискува да **не** планира, изработи и контролира с прецизност реазлизирането на целта. Правилно е: Повишаване на печалбата на организацията с 10 % през следващата една година. Неправилно: Повишаване на печалбата.

Нивото на ***реалистичност на поставените цели*** е изключително важно за успеваемостта на целите на организацията. Това ниво влияе най-силно върху човешките ресурси. При нереалистични, прекалено високи цели служителите ще загубят мотивация и инициативност за работа. При нереалистични, прекалено ниско поставени цели служителите ще се успокоят, че имат достатъчно време и процесът на работа ще загуби своята инерция. Това само по себе си води до загуби за организацията от всякакво естество – и финансово, и загуба на квалифициран персонал.

Мениджърът е отговорен за баланса на всички ресурси. Затова значение за успеха играе ***балансираното координиране*** на изпълнението на поставените цели. Комбинацията от поставяне на различни цели, напр. повишаване на оборота и повишаване на печалбата, не е възможно едновременно.

1.2.3 Качества на ефективния лидер

Ключовият въпрос на лидерството е как лидерът управлява промяната и колко бързо се адаптира на промените на пазара. Това е от изключителна важност в условията на криза, затова лидерът на промяната има мисията на антикризисен лидер. В условията на криза и на промяна е необходим стил на т.нар. **преобразуващо лидерство**, което преодолява бюрократично-административния стил на управление.

Анализът на литературата откроява редица личностни качества на лидера, като от това многообразие могат да се посочат следните най-важни такива:[4]

- Умението за определяне значими цел и посока;
- Личното излъчване (харизматичност) и степен на комуникативност;
- Воля, жизненост и енергия;
- Инициативност, предприемчивост, решителност;
- Морал;
- Умение да генерира позитивна мотивация;
- Умение да се самомотивира във всеки един момент, независимо от предизвикателствата;
- Да отключи нагласите си за победител;
- Умение да посреща промените и предизвикателствата и да ги превръща във възможности.

Управленският стил е първостепенен фактор на ефективния мениджмънт на човешките ресурси в здравната организация. Той отразява взаимовръзката, единството и различието между понятията лидерство и мениджмънт. В повечето публикации проблемът за управленския стил се интерпретира като синтез на стила на лидерство и мениджмънт.[5] Изявявайки своя стил като официален ръководител, мениджърът едновременно демонстрира качествата си на реален лидер. И доколкото той е реален лидер на персонала, той ще бъде и ефективен мениджър на дадената организация. Самоусъвършенстването на лидерството налага все по-големи изисквания за лична инициатива за по-пълна реализация на индивидуалните възможности на мениджъра.

[4] Воденичарова А.: Новият стил на управленски професионализъм в здравеопазването, Дисертация, 2016, 229 стр.
[5] Балканска П., 2000; Балканска П., 2010; Воденичаров Ц., 2003

Умението да ръководиш другите е важно социално комуникационно умение, то е колкото изкуство, толкова и наука. Успешното управление се основава на вътрешно присъщи качества, натрупан личен опит, интуиция и ръководен талант на дадената личност. За да се усъвършенства обаче, лидерството може и трябва да бъде изучавано и развивано.

Теоретичните публикации определят лидерството като способност да се влияе на отделни индивиди и групи хора, подтиквайки ги да работят за постигане на определена цел. Решаваща роля при лидерството играе неговият стил, който е свързан с отговор на въпросите: Как трябва да се държи управляващият в ролята на лидер? С какви средства може ефективно да влияе върху сътрудниците си? Какъв стил на поведение трябва да има, за да насочи пределно ясно усилията на персонала към конкретните цели?

Концептуалните подходи, които са разгледани в дисертацията на Александрина Воденичарова, са обобщение на възгледите на редица автори: **личностов подход, поведенчески подход, ситуационен подход** (А. Ангелов, П. Балканска, В. Борисов, М. Кънчев, В. Савов, Т. Peters и др.).

Личностовият подход посочва като предпоставка за ефективност на лидерството главно личните качества и характеристики. По-известна тук е “Теорията за великите хора”. Като особено важни лични качества на ръководителя се сочат: ниво на интелект и култура, честност, здрав разум, инициативност, увереност в собствените възможности, впечатляваща външност. Но все още в литературата липсва единно мнение за набора от качества, които трябва да притежава големият лидер. Натрупват се доказателства, че в различни ситуации се изискват различни качества и способности от лидера, неговите подходи трябва да бъдат гъвкави и адекватни на изменящата се среда.

Поведенческият подход се основава на класификацията на стиловете на ръководство, респ. стиловете на поведение на лидера. Ефективността на лидерството се определя не толкова от личните качества на ръководителя, а от неговия маниер и стил на поведение спрямо подчинените. Като недостатък на този подход някои посочват неговия стремеж да намери някакъв универсален оптимален стил на ръководство. Някои автори стигат до заключението, че не съществува един единствен «оптимален» стил на ръководство. За да бъде ефективен и конкретен стилът на ръководителя, може да се променя в зависимост от редица условия.

Ситуационният подход отчита личните качества и поведение на мениджъра, но приема, че най-ефективният стил се обосновава от изменящата се ситуация в дадената организация. Едни от най-новите възгледи за стиловете на ръководство

са отразени в **ситуационната теория**, известна още като **теория на условността** или теория на непредвидените обстоятелства (contingency theory). Това изисква мениджърите да бъдат адаптабилни, като видоизменят своя стил на поведение съобразно особеностите на ситуацията.

Илюстрация на ситуационната теория е **моделът "пътека - цел"**. Според него определящ фактор за стила на ръководство са *очакванията* на подчинените - тяхното изпълнение се влияе от степента, в която мениджърът удовлетворява техните очаквания.

Ориентацията на мениджъра към най-подходящия управленски стил се определя главно от два фактора:

- Качества на сътрудниците
- Характер на задачата

Решаващото в стила на лидерство е да не се допуска догматичен подход на готови решения. Винаги следва да се съобразяват живите хора с техните потребности, нагласи, ценности и мотиви. В този смисъл важно значение има модерният подход за **функционално ориентирано лидерство**, който е широко представен в литературата. Този подход фокусира вниманието към баланса на три групи потребности в процеса на управлението: потребностите на задачата, потребностите на групата и потребностите на индивида.

Живеем в епоха на постоянни и всеобхватни промени, които задължават организациите и хората да бъдат гъвкави и адаптивни. Същността на лидерството си остава неизменна, но ролите, които се възлагат на управленците се променят. Затова и днес мениджърите са изправени пред предизвикателството да работят в комплицирана и турбулентна среда. [6]

Съвременният мениджър е провокиран да бъде не просто мениджър на рутината, а лидер на хора с общи цели и заедно с това да бъде не просто лидер, а лидер и на промяната, промяната настъпила в технологичния и иновационен 21век. Ето защо качествата, било то придобити или вродени, на лидера са печелившата инвестиция на нашия век. [7]

В сферата на здравеопазването, където възможностите нарастват, но наред с тях има и специфични изисквания, ефективните лидери са витално необходими. Те имат способности да изградят идеи, вдъхновения и импулси у хората. Лидерството

[6] Воденичарова А., А. Янакиева, Св. Георгиев, Вл. Воденичаров: Как лидерството се превръща в печелившето преимущество на менидъърите в системата на здравеопазването, Юбилейна научна конференция с международно участие „Науката и образованието – традиции и бъдеще", 2-3.10.2014 г., Съюз на учените в България, Клон Кърджали, стр. 271-273

[7] Воденичарова А., А. Янакиева: Днес и лидер?Днес и лидер, и мениджър!, Научна сесия „Международна конференция на младите учени, Съюз на учените в България – Пловдив, 13-15.06.2013, Пловдив, стр. 418-421

в тази сфера изисква наличието на подготвени кадри, с изградени концептуални и целенасочени възгледи за здравеопазната система.

Модерният управленски стил се нуждае от адекватно ресурсно мислене, основано на ясни парадигми, умения и инструменти, с които да отключва таланта на хората и да ги мотивира за постигането на важните приоритети в здравеопазването.

1.2.4 Дефицитът на лидери – бариера за добро управление на здравното заведение

В контекста на лидерството особено тежък е дефицитът на **лекаря–лидер** на промяната. Години наред в страната съществува феноменът медикрация – доминирането и почти абсолютният монопол на лекарите клиницисти в управлението на здравната система. Депутатите законотворци са лекари, здравните министри са лекари, болничните директори и шефовете на здравни институции са лекари и т.н. И въпреки това трудно е да се открие лекар в адекватната позиция, компетентност и мисия на лидер на промяната.

Самият стил на мислене на лекаря-клиницист е принципно различен от този на мениджъра и лидера. В този аспект впечатляваща е мисълта на Ц. Воденичаров: *„Медикът е формиран да мисли индивидуално. Мениджърът-лидер е формиран да мисли глобално и системно”.*

Когато лекарят заеме управленска позиция на национално, на регионално и на местно ниво главна бариера за широкото концептуално-стратегическо мислене и визия в неговата дейност е доминирането на технологичното клинично мислене на лекаря. Именно липсата на личности с лидерски стил на мислене и действие създава почвата за силно изявен бюрократизъм в стратегическия и оперативния мениджмънт на здравеопазването.

Очебиещи примери в тази насока са *безуспешните многогодишни опити* за внедряване на професионален мениджмънт в здравеопазването, за промяна на дефектните здравни закони, за по-адекватни форми на управление и финансиране, за преодоляване на „черния пазар”, за нов тип конкурсно начало при заемане на ръководни длъжности, за екипност в управлението, за граждански контрол на здравеопазването, за качествено нова мисия и функции на общопрактикуващите лекари (ОПЛ), за национална здравна карта и редица други идеи, останали не само без реализация, но дори без елементарни начинания, без реални инициативи.

Дефицитът на лидери корелира с дефицитът на здравно-политически стил мислене, респективно липсата на ясна дългосрочна здравно-политическа доктрина. По този начин доминиращата медикрация и технологичното мислене на

лекаря се превръщат в **обективна бариера на новата организационна култура** и управленския професионализъм в здравеопазването.

Лидерът е централната фигура във всеки управленски екип. Без личности с качествата на лидер всяка една здравна организация, всеки управленски екип очевидно би бил нецеленасочен и неефективен. И именно това е сериозният проблем на здравния мениджмънт. Липсата на лидерски качества при лица на ръководни позиции, не може да се компенсира с нищо. Администраторът не може да замени лидерът. Лидерът има нагласата и мотивацията за движение и промяна. Администраторът има нагласата и мотивацията за стереотипна инертност и застой.

В литературата все повече се обосновава необходимостта всеки мениджър да бъде по същество и лидер. В съвременните условия именно лидерските качества и роли принципно различават мениджъра от администратора. Световно известният автор L. Mullins пише: „Трябва да се разграничи мениджърът-лидер от администратора-бюрократ".

Някои учени разграничават съвсем ясно мениджмънта от лидерството. Например Уорън Бенис счита, че има разлика между „онези, които овладяват контекста и замисъла, и онези, които му се подчиняват".

Ето някои типични разлики между мениджъра и лидера:

- Мениджърът поддържа статуса, лидерът предизвиква развитие.
- Мениджърът се фокусира върху системите и структурата, лидерът се фокусира върху хората.
- Мениджърът администрира, лидерът е иноватор.
- Мениджърът се осланя на контрола; лидерът вдъхва доверие.
- Мениджърът имитира и подражава; лидерът създава.
- Мениджърът има краткосрочен поглед; лидерът има дългосрочна визия.
- Мениджърът е добрият войник и се подчинява; лидерът е себе си и използва собствените си ценности, за да ръководи.
- Мениджърът пита как; лидерът пита защо.

Към ресурсите на мениджъра се отнасят хората, времето и информацията. Като ги използва умело, мениджърът осигурява получаване на високи резултати и така постоянно повишава конкурентноспособността на организацията.

Върху ефективността на управлението на мениджъра влияят следните негови способности:

- ✓ способността да управлява себе си;
- ✓ разумната система на личните му ценности;
- ✓ ясните лични цели;

- ✓ стремежът му за растеж в кариерата;
- ✓ изобретателност и способност за иновации;
- ✓ висока способност да влияе на околните;
- ✓ познаване на съвременните управленски подходи;
- ✓ умение да обучава и да осигурява растеж и на подчинените си.

Наред със способностите на мениджъра да управлява ефективно, съществуват и ограничения в развитието на личността му, които да са пречка. Такива могат да бъдат неумението да управлява себе си; неизяснени лични цели и неустановени лични ценности, неспособност за саморазвитие, недостатъчни способности за разрешаване на проблеми и липса на творчески подход, слаби умения за управление на хора и ресурси, други.

Безспорно е, че лидерската нагласа се базира на вродени качества, но оформените лидерски умения се постигат преди всичко по пътя на образованието, личния опит и автотренинга. Според Джон Адеър, лидерството е едновременно и качество, и роля, която може и трябва да бъде усвоена от всеки мениджър.

Класическият мениджмънт от типа на т.нар. бизнес-администрация (основана на стандартни рутинни правила) отива в историята и се заменя от модерния мениджмънт, който задължително предполага като свой елемент лидерски функции.

В теорията на лидерството се описва т.нар. **„синдром на тесния специалист”** или „синдром на експерта”. Счита се, че експертът в една област има по принцип тесен кръгозор за генералната проблематика, няма мащабната визия за организацията в нейната цялост. Това се дължи на предварително натрупаните у него професионални схеми и тясното поле на експертното му знание, стереотипи и опит. В управленски аспект специалистът-експерт страда от липсата на цялостна и обективна далновидност, присъща на един трениран да обобщава мениджър-лидер. Поради това специалистът-експерт, попаднал на ръководна позиция често не успява да балансира многообразните интереси, откъдето възникват серия диспропорции и конфликти.

Главна слабост на специалиста-експерт е, че трудно оценява външната среда, обкръжението на неговата организация. **Неуспехът да се оцени външното обкръжение може да бъде и често се оказва катастрофален за много организации.** В този контекст често наблюдаван е казусът „добър специалист – слаб лидер-мениджър”.

Да водиш другите по вярната посока е специално умение, принципно различно от изпълнителското оперативно умение. Комбинацията *„отличен персонал и слаб лидер”* е по-неблагоприятна и по-безперспективна от

комбинацията *„слаб персонал и силен лидер”.* Защото силният лидер ще съумее да организира този персонал, да намери силните му страни и да ги доразвие.

В условията на глобална криза и турбулентност мениджърът по необходимост поема лидерска мисия. Антикризисното управление изисква нов, специфичен и нестандартен управленски стил, умение да се работи в екип, да се преодолява бюрократичния застой в мисленето и действията, да се създават: нова организационна култура на персонала, позитивна нагласа за промяна, за овладяване на рисковете и максимално използване на шансовете в процеса на кризата. Управлението на процеси и технологии е рутинен подход в мениджмънта. Днес главното предизвикателство пред всеки мениджър е управлението, ръководството на хората, т.е лидерството.

Обстоятелството, че проблемът за лидерството е труден, не означава, че не трябва да се предприемат стъпки за неговото решаване. Именно проблемът за лидерството днес трябва да бъде грандиозната обща задача и споделена отговорност на здравните политици, на здравните законодатели, на експертите, на висшия стратегически мениджмънт и на съсловните организации в здравеопазването (Лекарски съюзи, Асоциации на професионалистите по здравни грижи).

1.2.5 Лидерски компетентности в здравеопазването

Компетентността е следствие от три компонента: придобити знания, натрупан опит и развити умения. Повишаването на компетентността е непрекъснат процес, движен от вътрешния мотив на човека да се справя все по-добре в областта, в която работи. Опитът и знанието трябва да съответстват на професионалните цели, като подпомагат постигане на конкретни резултати.

По-долу е представен дизайн на компетентностен модел в здравеопазването. Компетенциите условно се разделят на ключови, функционални, мениджърски и лидерски. **Ключовите (базови) компетенции** се отнасят за всички служители, които заемат определено йерархично ниво в организацията. Те трябва да притежават личностни и социални умения, критично мислене, творчество, способност за решаване на проблеми, смелост и инициативност, готовност на поемане на отговорност и решение на самостоятелно решаване на задачи (включително учене).

Функционални компетенции се отнасят за определена функция в здравната организация: медицински дейности, финанси, счетоводство, маркетинг, PR,

човешки ресурси и т.н. Без достатъчно висока базова и функционална компетентност не е възможно да се притежава висока мениджърска и лидерска компетентност.

Мениджърски компетенции са нужни за управленските нива в организацията. Необходимите знания са за управление на наличните ресурси.

Лидерски компетенции са нужниза манипулацията на други хора (в позитивен смисъл управлението на хора). Те са постижими едва след като другите нива на компетентност – функционална и мениджърска, са изпълнени в достатъчна степен.

Базисните мениджърски компетенции са в области, които се определят като приоритетни за развитието на мениджърите[8]. Нивото на информираност и способността за концептуализация от своя страна са показатели не само за наличие или липса на знания в съответната област, но и за това, до каква степен те са трайни и устойчиви категории на съзнанието. Без информация и обучение за научно установените закономерности, ефективните поведенчески модели и техните ценностни измерения, не могат да се придобият умения и усъвършенстват качествата, нужни за ефективно и успешно управление.

Съществуват 6 основни фактора на базисните мениджърски компетенции:

1. Управление на времето
2. Управление на целите
3. Комуникация и организационно поведение
4. Базисни мениджърски умения
5. Развитие на ефективен екип
6. Управление на проекти и реализиране на приоритети. [9]

От проведеното проучване от проф. Балканска през 2010г. сред 220 здравни мениджъри и 730 души медицински персонал от болничната помощ са определени ключови управленски компетенции и е разработен модел за развитие на лидерска компетентност в здравеопазването. На основата на направените анализи се очертават следните значими лидерски компетентности в сферата на здравеопазването, структурирани в шест основни групи[10] :

Първа група: Самоусъвършенстване и развитие на личностни качества и умения

- Управляване на личностни ресурси
- Самоконтрол и психична устойчивост /„психика на победител”/

[8] Балканска П. 2010; БАУРЧР, 2003; Димитров П. 2007
[9] Димитров П. 2007, www.management-standards.org
[10] Балканска П. 2010

- Самоосъзнаване /има представа и ясна оценка за себе си/ и самообучение
- Умение за координиране на ценностите
- Почтеност и отговорност
- Адаптивност и справяне в ситуации на напрежение
- Усвояване и прилагане на лични стратегии за справяне със стреса
- Комуникативни умения и асертивно поведение
- Умения за увличане и водене на хората
- Лично поведение и пример
- Наличие на специални професионални знания и умения
- Професионално развитие
- Позитивно здравно поведение

Втора група: Лична организационна ефективност

- Ориентация към организационните резултати
- Мотивация за обучение и развитие
- Ориентация към другите
- Прилагане и принос към организационната политика
- Професионално - ролева гъвкавост
- Организационна лоялност и надеждност

Трета група: Лидерство на другите

- Ефективно общуване и комуникация
- Развиване на ефективни работни взаимоотношения с колеги и подчинени
- Развиване на ефективни работни взаимоотношения с клиенти и заинтересовани страни
- Умения и действия за оказване влияние върху другите
- Респект и уважение към другите и управление на различията
- Умения за (из)слуш(в)ане
- Насочване на постиженията чрез споделена визия, ценности и цели
- Изграждане и управление на екипи
- Стил на взаимодействие в екипа
  - Проява на грижа за хората
  - Ефективно партниране
  - Социална мрежа - изграждане на доверие и подкрепящи отношения
  - Работа в екип
  - Авторитет
  - Менторство за развитие и растеж
- Планиране, подбор и задържане на подходящи кадри
- Разпределяне и контрол на качеството на екипната работа

- Подкрепа за разработване и поддържане на ефективността на екипа
- Осигуряване на възможности за обучение на членове на екипа
- Осигуряване реализирането на приоритети на общественото здраве в конкретната специфична професионална област
- Подпомогне решаването на проблеми, засягащи тяхното изпълнение
- Профилактика и управление на конфликти в екипа
- Решаване на проблеми в екип
  - Концептуален анализ на информация
  - Осъществяване на приоритети на общественото здраве
  - Иновативни решения
  - Стратегическа ориентация

Четвърта група: Стил на лидерско действие

- Управление на промените и риска
- Прилагане на познания, опит и технологии
- Делегиране на отговорности
- Контрол на изпълнението
- Супервизия
- Мотивационно поведение
  - формиране, поддръжка и управление на взаимоотношенията;
  - зачитане мнението на всеки и признание на неговите резултати;
  - привличане на сътрудниците в управлението (овластяването им) и създаване на добър социално-психологически климат в колектива и др.

Пета група: Лидерство на постиженията и на промяната

- Насърчаване на иновациите в екипа, в отделението
- Насърчаване на иновациите в професионалната област на отговорност
- Развитие на визия за тяхното прилагане
- Умения и усилия за подобряване и усъвършенстване на работата
- Умения за решаване на проблеми и вземане на решения
- Прилагане на промените и преодоляване на съпротивата към промяна

Шеста група: Постигане на резултати

- Насочва изпълнението на задачите
- Оперативно планиране и управление на
- проекти
- Разработване и прилагане на маркетингови планове за конкретната област на отговорност
- Решаване на проблеми при обслужване на пациенти и клиенти
- Мониториране решаването на проблеми при обслужване на пациенти

- Подкрепа на подобренията при обслужване на пациенти
- Разработване и прилагане на клиент центрирани здравни услуги
- Управление на реализирането им и мониторинг на удовлетвореността на подчинени и пациенти
- Подобряване на организационната ефективност
- Управление на качеството на здравните услуги чрез прилагане на професионални стандарти за качество на извършваните дейности
- Предприемачество

Представеният набор от компетентности е основа за конкретни насоки за въвеждане на визионерски действия, насочени към реализиране на маркетинговите дейности на болницата и завладяване на лидерското място на пазара в конкретни дейности и услуги.

Ефективното управление на съвременните здравни заведения е свързано с установяване на стройна и действена система от пълномощия по повод приложение на компетнтностната концепция в практиката. [11]

1.3 Същност и дефиниции на маркетинга в здравеопазването

В здравните организации и заведения се установяват все повече проблеми, които могат да бъдат обхванати и разрешени с помощта на маркетинга. Това е особено типично за въпросите, свързани с нивото на търсене и предлагане. Маркетингът възниква, за да доближи капацитета на организацията до равнището и характера на търсенето и за да му повлияе по такъв начин, че то да се доближи до желаните от организацията равнища. Чрез маркетинговата информация може да се узнае мнението на клиентите за предлаганите услуги и за различните компоненти на обслужването, както и за нововъведените програми или дейности и те да се променят или пренасочат така, че да отговарят на очакванията им.

Необходимостта от прилагане на здравен маркетинг в България, ще се увеличава в съответствие с нарастването на очакванията и на критичността на потребителите (пациентите), по отношение на медицинското обслужване и възможностите им за избор, както и поради съперничеството между здравните заведения.

Понякога е трудно да се привлекат лекари или медицински сестри от някои специалности, или да се намерят средства за болницата от частни акционери или от обществени и държавни бюджети. Маркетинговите действия могат да помогнат и в този случай.

[11] Воденичаров Ц. 2003, Димитров Д. 2008, Димитров Д. 2009

Фиг. 4. Приложения на здравния маркетинг[12]

За повечето болници и здравни заведения е предизвикателство да се постигне личната ангажираност на целия персонал по отношение на цялостните резултати от дейността на организацията. В програмата за мотивация обикновено се съдържат много вътрешно-маркетингови действия. Вземането на решение за построяване на нова амбулатория или болница, както и за мястото й, може да се улесни от маркетинговата информация и дейности.

Действия, свързани с планирането в областта на здравеопазването, на здравната просвета и на управлението на човешките ресурси, могат да се преразгледат и подпомогнат от главните теми на маркетинга. Още преди десетилетия е разпознато преимуществото при прилагане на маркетингови подходи и управление на организацията от проф. Котлър.

[12] Лалев Н.: Маркетинговата култура като управленски проблем на болницата, Дисертация, 2009

Фиг. 5. Ползи от маркетинга за болниците

ПОЛЗИ ОТ МАРКЕТИНГА ЗА БОЛНИЦИТЕ[13]
• Болниците ще бъдат по-чувствителни и ще разбират по-добре здравните потребности на обществеността • Болниците ще потърсят ниши в пазара. Всяка болница ще се насочи към предлагане на такива услуги, които да са по-необходими и по-осъществими в условията на конкуренция. • Болниците ще побързат да прекратят онези услуги и програми, в които нямат диференциация нито предимства по отношение на конкуренцията. • Болниците ще станат по-способни да развиват и предлагат с успех нови услуги. • Болниците ще създадат по-ефективни системи за производство и разпространение на своите услуги. • Болниците ще развият по-рационални модели за цени. • Болниците ще доставят по-голямо удовлетворение на пациентите, лекарите, сестрите и другия персонал.

Приложенията на здравния маркетинг се увеличават в съответствие с нарастването на очакванията и на критичността на потребителите по отношение на обслужването, тяхната покупателна способност и възможностите им за избор, както и на съперничеството между здравните заведения в долавянето на предпочитанията на потребителите.

Според Ф. Котлър, най-важните и печеливши маркетингови похвати и в частност и в здравеопазването са:

1) Да спечелим с по-добро качество
2) Да спечелим с по-добро обслужване
3) Да спечелим с по-ниски цени
4) Да спечелим чрез задоволяване на голяма част от пазара
5) Да спечелим чрез приспособяване на стоките и услугите към изискванията на пазара
6) Да спечелим чрез постоянно и продължително усъвършенстване на продуктите и услугите
7) Да спечелим чрез иновация на продуктите. Съветът “Промени се или изчезни” е често срещан
8) Да спечелим чрез използване бързо развиващ се пазар (телекомуникации, електроника, биотехнологии)

[13] Котлер и Кларк, 1987 г

9) Да спечелим, като надхвърлим очакванията на клиентите.

Дейностите, свързани с управлението и маркетинга на болничното заведение, се разглеждат като важен и неделим компонент на здравния мениджмънт. Маркетингът е социално-икономически процес на проучване на потребностите на купувачите и осигуряване на размяна, при която купувачът и продавачът винаги печелят от реализираната покупка и съответно продажба. Маркетингът се състои от индивидуални и организационни дейности, които ускоряват и улесняват удовлетворяващите разменни отношения в една динамична среда, чрез създаването, разпространяването, промоцията и ценообразуването на стоки, услуги и идеи. Те се дефинират като „управленски процес за осигуряване ефективно функциониране на здравната система с оглед постигане на нейните цели“[14]. Основната функция на здравните мениджъри е взимането на управленски решения (в т.ч. и маркетингови). Най-често тези решения се отнасят до текущото, оперативното управление, но от по-голяма важност са стратегическите решения, свързани с мисията и дългосрочните цели на организацията на лечебното заведение.

Специалистите в областта на медицината и здравеопазването дълго време са считали, че маркетингът не е управленска дисциплина, която може да се използва успешно в здравните заведения. Те са свързвали маркетинга само с рекламата. По-точно измамната реклама, насочена да изтъква предимствата и качествата на продукти, в които те липсват. За много хора маркетингът е насочен към пазари на продукти, предимно за широко потребление и няма смисъл в обслужващи дейности и особено при специализирани услуги, като здравеопазването, които, освен това, често се извършват чрез обществени и държавни институции, и като доставчици, и като платци.

Днес маркетингът се дешифрира като философия на бизнеса, която подчинява производството само на онези продукти, които могат да се продадат на пазара. Идеята за лидерство в управлението се застъпва и с идеята за лидерство на пазара, която е основополагащата в маркетинга.

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.”[15] Това са

[14] Воденичаров, Ц., Попова, С. „Социална медицина“, София 2009г., стр. 218;
[15] **Meffert, H.**: Marketing Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele; Wiesbaden 1998, S. 7

осем основни фактора, оказващи съществено влияние в маркетинга: философия, поведение, информираност, стратегия, действие, сегментиране, координация и социален аспект.

Маркетингът е всичко, което организацията предприема по отношение на външната среда, за да реализира целите си.[16] Външната среда са купувачите, конкурентите, доставчиците, политиците, управленците, и др. В това определение маркетингът е поставен пред изпитанието да оцени възможностите на организацията и да трансформира собствените ú ресурси по най-добрия начин за реализиране на поставените цели.[17]

С дефиницията на Филип Котлър (по-долу) се поставя акцентът върху потребностите на потребителя, като се включват в определението дейностите от създаване на продукт до неговото реализиране на пазара. Тук се изразява интегрирането на повече звена в компанията, нуждата от тяхната съвместна работа (напр. финансов отдел, отдел по развойната дейност, производствен отдел, отдел по дистрибуция и продажби). Процес на планиране и реализиране на замисъла, ценообразуването, придвижването и реализацията на идеи, стоки и услуги посредством размяна, удовлетворяващи целите на отделни лица и организации**.** [18]

„Маркетингът е съвкупност от дейности по привеждане ресурсите на организацията в съответствие с изискванията на пазара с цел да се решат два основни проблема:

- на потребителя - задоволяване на дадена потребност;
- на производителя (организацията) - печалба.“

Първият основен проблем засяга правото на всеки български гражданин, а именно „равнопоставеност при ползването на здравни услуги“[19]. Вторият основен аспект се отнася до целите на организацията. В случая на организация, за която законът казва, че са „еднолични търговски дружества“ [20] и в същото време според етичните принципи в медицината и извършването на здравни услуги, първата и основна цел на такава организация е доставянето на здраве на нуждаещите се и след това печалба. В дисертационния труд ще бъдат защитени и двата аспекта, така че да се обезпечат ресурсите и работата на медицинските специалисти, за да се задоволят потребностите на пациентите и изпълни мисията на здравното заведение.

[16] Arch W. Show, 1915
[17] Гладилов, С., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, стр. 19
[18] American Marketing Association, 1985
[19] Закон за здравето, чл. 2, т. 1
[20] Закон за лечебните заведения, чл. 101 (1)

Ако организацията (болничното заведение) не произвежда продукти, които да са целенасочено произведени за точно определен микропазар, рискува да не успее да продаде продукцията си. Този факт разбира се търпи различни тълкувания. Когато НЗОК заплаща конкретна процедура (напр. клинична пътека) за лекуване на дадено заболяване, а съществуват други методи за лечение – по-беозпасни, по-щадящи и по-скъпи, пациенът е силно вероятно да избере метода на лечение, заплащан от НЗОК, а не този, който само трябва да заплати. По този начин се формира търсене на услуга, която не е плод на свободен пазар.

При пътя за създаване на стойност акцентът е върху клиента и в по-малка степен върху определен продукт. Тази маркетингова философия се представя обобщено със съкращението CCDV: create, communicate and deliver value (създаване, комуникация и доставяне на стойност), което се разширява до CCDVTP: create, communicate and deliver value to a target market, profitably (изгодно създаване, комуникация и доставяне на стойност на целеви пазар). Още от самото начало на процеса на създаване на продукт – определяне на стойност - маркетинговата дейност започва с разделяне на пазара на отделни подпазарни единици (микропазари), в които потребителите се характеризират с обединяващи ги критерии - имат подобни нужди, потребности и очаквания за удовлетворяването им. Това е сегментиране на пазара. Провеждат се маркетингови проучвания, които целят да съберат информация относно това, какво би искал клиентът и относно стойността, която би донесъл продуктът за него. Избира се таргетната група, сегмента, в който организацията иска да започне производство. Това е важен процес, в който се изчислява себестойността на продукта и очакваната печалба, която може да се реализира при пускането на пазара на този продукт. Тук маркетолозите следват три крачки – сегментиране, целополагане (таргетиране) и позициониране. Оценяват се нужните инвестиции (ресурси) – недвижима собственост, машини, материали, складово оборудване, персонал, рекламна кампания и др.

Втората главна стъпка е създаване на стойност. След вече ясно очертаните параметри на избрания сегмент, маркетингът започва работа по развойната дейност и производството, развиване на продуктовата гама, както и ценообразуването на продукта. Фокусът пада върху всички детайли, свързани с външното оформление на продукта, неговите качествени характеристики и функции и най-важното удовлетворява ли потребностите на бъдещите потребители. Перфектният вариант тук е положителният отговор на въпроса – надскача ли ги?

Когато болницата цели създаване на стойност, тя започва с маркетингова дейност, насочена към клиента (пациента), още преди създаване прототипа на продукта. От съществено значение за създаване на продукт за силно конкурентен пазар е фокусът върху потребителя, този който решава да употреби определената стойност, за да притежава стоката или да използва услугата. След „покупката“ се осигуряват допълнителни услуги за клиента, които допринасят за неговата удовлетвореност и очаквания.

В сферата на здравеопазването все повече болници и здравни заведения започват да използват механизмите на маркетинга - от информационните и видео техники до проучването на пазари и развиването на продукти, предназначени за конкретни сегменти от населението.

Маркетингът представлява съвкупност от управленски методи (включително техниките на продажбата), но той е главно и философия, насочване на организацията към потребителя и ревулсивно средство за управлението на здравеопазването.

Организацията с маркетингова ориентация е чувствителна към желанията на клиентите си и техните стремежи. Тя развива дейности и продукти, които да могат да ги задоволят, поставя ги на разположение на потребителя по ефективен начин и ги оповестява в подходяща форма.

В пазарните общества всичко това има конкурентно измерение, тъй като и други фирми се стремят да постигнат същите резултати и да привлекат същите клиенти. Това има и стойностно измерение - не е възможно да се задоволят нуждите на потребителите на каквато и да е цена.

Социалният аспект на маркетинга възпрепятства развитието на вредни продукти, фиксирането на изкуствено ниски цени и други ограничения на свободата на конкуренцията, измамната реклама и продажбата на продукти извън подлежащи на контрол канали .

1.4 Понятието услуга

Понятието услуга се разглежда като вид продукт. Продуктите се делят на стоки (материални блага), услуги (нематериални блага) и идеи (интелектуална собственост). Понятието блага са всички средства, които могат да бъдат полезни за задоволяване на човешките потребности.[21] [22]

[21] Янакиева, А.: Маркетинг на дейността Медицински патронаж в домашни условия, Ивент Куин, София, 2014

[22] **Schierenbeck, H.**:Grundzüge der Betriebswirtschaftslehre, München, S. 15

Услугите се категоризират според това, дали са ориентирани към организацията или са ориентирани към пазара. При ориентираните към организация от значение е дали услугата се разбира като основна или второстепенна от гледна точка на организацията, предлагаща услуги. Характеристиката на ориентираните към пазара услуги е дали при получателя на услугата се касае за окончателен потребител или за друга организация.[23]

При услугите, предлагани в болнични условия, се касае за потребителска основна услуга, тъй като организацията полага основно тази грижа, а пациентът като краен потребител, я получава.[24]

Дефинията на понятието „услуга“ според проф. Котлър е „дейност или проява, която една страна може да предложи на друга, като услугата по принцип е неосезаема и не води до придобиване на собственост; възможно е извършването й да е или да не е свързано с физически продукт“[25]. Здравните и медицински услуги се намират по средата, тъй като прегледът или лечението на пациента се извършва от специалист, но се включва и апаратура и инструментариум. Другият важен критерии е наличието на потребител. При здравната услуга е задължително присъствието на пациента. Дали услугата удовлетворява лични потребности или бизнес потребности – отново категорично здравната услуга попада към първия вид. Маркетинговата програма на дадена частна болница се различава от тази на една благотворителна или пък на една държавна болница (военна, МВР, транспортна и т.н.). Маркетингът на болничните услуги се нарежда сред основните приоритети пред здравните мениджъри. Все още обаче маркетинговите отдели са рядкост в лечебните заведения в България.

1.4.1 Елементи на услугата

Специфичността на услугите се определя от следните съществени особености, които разгледани и „обяснени“ през сферата на здравните дейности са както следва:

Нематериалността на услугите намира своето изражение в това, че пациентът не може да докосне и да види нереализираната услуга, както и нейния потенциал.[26] Услугите нямат вид, вкус, мирис и т.н. За здравните и респ. болничните услуги тази характеристика е силно изразена по отношение на другите

[23] **Meffert, H.** / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997, 20
[24] **Meffert, H.** / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997, 20
[25] Котлър Ф., „Управление на маркетинга“, Том II, София, 1996, стр.43-44
[26] **Meffert, H.** / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997, S. 59

области на услугите, тъй като при тях се касае за услуга, която се извършва лично, от медицинския специалист, често и многократно. При хирургическа интервенция пациентът не може предварително да я пипне или да предвиди резултата от нея. Маркетолозите трябва да „материализират“ до колкото е възможно услугата, за да се създаде положителна асоциация в съзнанието на целевата група за високо качество на предлаганите болнични услуги в лечебното заведение, както и за доверие в способностите на лекарите. Така се прибавя физическо доказателство и образ към абстрактната услуга. В тази връзка възприеманият риск от покупката нараства с увеличаване на нематериалността на офертата за услугата.[27] В такава ситуация се оценяват различните действия като индикатори, които служат за намаляване на риска при закупуване. Това могат да бъдат бързата реакция на персонала при първоначалния контакт с организацията, приятелското, приветливо посрещане на потенциалните клиенти.[28] 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 преференциите 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.[29] Услугата, сама по себе си, е „нетранспортируема“.

Интензитет на персонала

Голямата част от разходите при повечето услуги в здравеопазването са продиктувани в най-голяма степен от разходи за персонала. В проучването си от 1997 г. Siegegger наблюдава възникване на разходи за човешки ресурси от около 70 – 80 %. Това предопределя тесните граници на индустриализиране на услугата.[30] Тук е моментът да споменем, че съществуват вътрешно и външно продиктувани индивидуални колебания на производителността на медицинските професионалисти при извършването на услугата. Външно продиктуваните индивидуални колебания характеризират в този случай различното обслужване. Тази разлика изхожда от разликата в опита на отделните специалисти. Вътрешно продиктуваните индивидуални колебания характеризират качеството на извършването на услугата в зависимост от индивидуалното дневно състояние на всеки отделен професионалист.

[27] **Engelhardt, W.** / Kleinaltenkamp, M. / Recktenfelderbäumer, M.: Dienstleistungen als Absatzobjekt, Arbeitsbericht № 52 des Instituts für Unternehmensführung und Unternehmensforschung, Bochum, 1992, S. 46
[28] **Kruse M.**: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 58
[29] **Kruse M.**: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 58
[30] **Янакиева А**.: Маркетинг на дейността Медицински патронаж в домашни условия, Ивент Куин, София, 2014

Изключителната *многообразност на услугите* зависи от различни фактори. Напр. гинекологична операция (по-специално нерадикално отстраняване на матката) може да варира значително по отношение на качеството. Фактори за това са например базата, използваните консумативи и апаратура, от гинеколога/екипа – опит, грешките, уменията, моментното психологическо разположение на отделния ялен на екипа. Въпреки че говорим за един конкретен вид болнична услуга; в тази връзка е препоръчително болниците да инвестират в обучения и професионален подбор на кадрите, стандартизация на процесите в организацията, следене на удовлетвореността сред пациентите.

Неразделност

Услугите обикновено се произвеждат и консумират едновременно; тъй като пациентът присъства при производството на болничната услуга, взаимодействието „лекар-пациент“ е специална характеристика на маркетинга на здравните услуги, въздействаща в известна степен и върху крайния изход на услугата, съответно резултата от проведените медицински манипулации.

Интеграция на персонала

Извършването на здравна услуга се провежда само с включване на пациента. В тази връзка в литературата се говори за интеграция на външния фактор в процеса на извършване на услугата.[31] Разликата в сравнение с вътрешните производствени фактори се вижда в това, че външният фактор не се поддава на автономно разпореждане на организацията.[32] Интеграцията на пациента в здравната услуга играе съществена роля за резултата. Така например едно неподходящо съдействие на пациента може да доведе до отрицателни резултати. От това би могло да възникне потенциално недоволство от резултата, без вина на специалиста. [33] Чрез интеграция на пациента в процеса на обслужване може да възникнат и позитивни елементи. Така обгрижването в един активиращ процес има за цел въздействие върху пациента.

Тленност

Услугите не могат да бъдат складирани. В случай на предвидимо търсене една организация разполага с допълнителен капацитет. При здравните услуги осигуряването на достатъчно специалисти и помощен персонал от страна на дадена болница е свързано със значителни разходи. Съществуват различни стратегии за

[31] **Meffert, H.** / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997, S. 67
[32] **Kruse M.**: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 61
[33] **Kruse, C.** / Siegel, B.: Zusammenarbeit zwischen Arzt, Kostenträger und Pflegedienst zur Sicherung der Arzneimitteleinnahme bei geriatrischen Patienten – Ein Modellprojekt, in: Trommsdorff Arzneimittel GmbH & Co., 2. Geriatrisches Ruhrsymposium: Vorteile oder Vorurteile? Zusammenarbeit zwischen Klinik, Praxis und Pflege, Alsdorf 1997, S. 43 - 51

„съвпадане“ на момента на търсене и на предлагане на дадена услуга с цел спестяване на разходи, но тъй като в болничната дейност често се касае за човешки живот и всичко е въпрос понякога на секунди, много малка част от тези стратегии са приложими. Такъв пример се намира в спешните отделения. Там се разработват т.нар. „fast track” програми, при които паралелно с тежките случаи се обслужват и по-леките случаи, които биха отнели най-малко време – така на тези пациенти не им се налага да чакат твърде дълго.

Връзка между пациента и полагащия грижи

Във връзката между специалиста и пациента не може да се изхожда само от услуга, която трябва да се изпълни технически. Тук се развива емоционална връзка между участниците. Процесът се състои в това отношение от две части. Към първата спада процесът на решаване на проблема (услугата, която чисто технически трябва да се извърши), а към втората - процесът на връзката, който съдържа областта на човешките отношения между пациента и професионалиста.[34] Всяка здравна дейност съдържа винаги двата аспекта. Още при първата среща между пациента и медицинския специалист може да се събере информация и да се създаде начална база на доверие. Връзката между участниците представлява социалната рамка, в която се извършва същинската услуга.

Научни особености на поведението на таргетната група

В центъра на здравните услуги стои пациентът като потребител на услугата. Също и когато става дума за медицински дейности, пациентът има право на свободен избор на доставчик и последен решава за използването на услугата. Съществена основа за изграждане на систематичен маркетинг в това отношение е познанието за поведението на съответната целева група.

1.4.2 Решения за покупка. Видове

Вземащите решения за покупка могат да се разделят на индивидуални и колективни. При колективните вземания на решения по правило се касае за вземане на решение от семейството.[35]

При психичните процеси на избор в литературата се различават четири типа:

- екстензивно (външно) решение за покупка;
- лимитирано решение за покупка;
- обичайно решение за покупка;
- импулсивно решение за покупка.[36]

[34] **Schäffler, A.** / Menche, N. / Balzen, U.: Pflege heute: Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe, Ulm, 1997, S. 10
[35] **Berekoven, L.** / Eckert, W. / Ellenrieder, P.: Marktforschung: Methodische Grundlagen und praktische Anwendung, 11. Auflage, Wiesbaden, 2006
[36] **Kroeber-Riel, W.** / Weinberg, P.: Konsumentenverhalten, 6. Auflage, München, 1996, S. 358

Екстензивното решение предполага субективно-рационално поведение на потребителя. Той осъществява своето решение за покупка посредством рационални разсъждения. По този начин е силно изразено познавателното участие на консуматора.

При лимитираното решение за покупка потребителят вече има опит с услугата. Не съществуват обаче никакви преференции по отношение на определен търговец или определена марка. В случая болницата се избира при достигане на определени минимални изисквания на потребителя. В рамките на лимитираното решение за покупка познавателният разход за избор на търговец е по-малък отколкото при екстензивното решение за покупка.

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

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

Кой тип решение за покупка на една услуга 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 вида на продукта (риск от покупката).

Под ангажираност тук става въпрос 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.[37]

Когато на един пациент за първи път се налага да използва болнична услуга, това означава, че той все още няма опит в сферата на тези продукти. Покупката на услугата в подобна ситуация е свързана с висок риск за пациента. Въз основа на това би могло да се предположи висока ангажираност от страна на потребителя. Тези точки насочват първоначално към едно решение за покупка аналогично на екстензивния вариант.

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

- пациентът се обръща към болнично заведение (предлагащо услугата), което му е известно;
- голяма роля играе мнението на членовете на семейството и експерти;
- определящ ключов фактор е цената на услугата.

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

Значение за избора оказват специфични обстоятелства и факти, на които пациентите отдават обосновано значение. Такива експерти са лекари, социални работници, медицински сестри, рехабилитатори, фармацевти и т.н. Показателно е, че пациент в такава ситуация е склонен към силно опростено вземане на решенията, която частично се свежда до чисто приемане на експертно мнение. [38]

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

В действителност по-младите хора имат тенденциозно по-високи познавателни способности от възрастните хора, но те нямат никакъв опит с подобен вид организации. Към това трябва да се констатира, че лошо здравословно състояние на член от семейството означава също стресова ситуация за останалите роднини. Ако те живеят в един град, а трябва да се организира лечение в друг град, това обикновено е свързано с проблем с времето и по този начин предизвиква допълнителна стресова ситуация.[39]

Изхождайки от изложените рамки на детерминантите на поведението, които имат влияние върху поведението на даден клиент, бяха разгледани психичните променливи. Във връзка с променливите на околната среда беше описано влиянието на семейството върху потребителя на услугата. Ситуативните променливи, свързани с времето, представляват фактор, който трябва да се вземе предвид. При представянето на типовете решения за покупка се прибавят конкретното разглеждане на избраните ситуации на решения за покупка за болничните услуги.

1.5 Приложение на маркетинга

1.5.1 Съвременна концепция за маркетинг

Маркетингът е една от централните и най-важни дейности на модерните съвременни организации. За тяхното оцеляване е нужно да се познава добре пазарът, за да се привлекат достатъчно ресурси, да преобразуват тези ресурси в съответни продукти, услуги или идеи, да ги разпространят сред различни групи от населението - консуматори на предложените продукти, услуги и идеи. Маркетинг - мениджмънтът обединява отделните елементи на маркетинга целенасочено и

[38] **Kruse M.**, Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 89
[39] **Kruse M.**, Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 90

систематизирано. Това е „процес на планиране и провеждане на разработка, остойностяване, подпомагане и разпространяване на идеи, стоки и услуги, за да доведе процесите на обмен до удовлетворяване на индивидуалните и организационните цели“.[40]

Той е пряко свързан и възниква като резултат от взаимната размяна, която се осъществява на пазара. Чрез нея производителите и потребителите разменят стойността на договорена удовлетворяваща и двете страни цена. В някои области като здравната и социалната, размяната не е доброволна и за двете страни. Въпреки това в подобни случаи доброволна размяна съществува между организации, предоставящи услуги на трета страна. В съответствие с концепцията за размяната маркетингът се свързва със способността да се идентифицират, планират и управляват размените, като се изследват и разберат нуждите на другата страна, очертаят се стойностните предложения за посрещане на тези нужди и се предостави информация на другите и т.н.

Маркетингът е анализът, планирането, приложението и контролът на особено внимателно и грижливо формулирани програми, предназначени за доброволна обмяна на стойности с целеви пазари, за да бъдат постигнати целите на организацията. Като начало се идентифицират на базата на анализ 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.[41]

При анализа на околната среда се вземат под внимание всички релевантни данни от нея. От една страна се събира и обработва информация от глобално измерение (напр. икономически, технологически, правно-политически 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 се използват възможностите на пазара.[42] Този анализ е известен като SWOT анализ.

За реализацията на маркетинговата дейност важно е дефинирането на пазара. Той се определя като съвкупност от потребители, които имат конкретни потребности по отношение на дадена стока или услуга, готовност и възможност да купуват. За изграждане на координирана пазарна програма е особено необходим

[40] **Kotler, P.** / Bliemel, F.: Marketing – Management Analyse, Planung, Umsetzung und Steuerung, 9. Auflage, Stuttgart 1999, S. 17
[41] **Kotler, P.** / Armstrong, G.: Grundlagen des Marketings, 4. Auflage, Stuttgart 2010
[42] **Kotler, P.** / Armstrong, G.: Grundlagen des Marketings, 4. Auflage, Stuttgart 2010

точен анализ и сведения за преференциите на клиентите. Задачата на пазарното и маркетинговото проучване е получаване на тази информация.

Стремежът на организациите обикновено е да привлекат по-голям брой клиенти, като се цели да се постигнат по-големи ползи от съкращаването на разходите за производство и маркетинг от това, че клиентите стават все по-предани (с по-голямо доверие) и няма да сменят доставчика, и от възможностите за поддържане на по-широка гама продукти и разработване на други нови продукти на пазара.

Участието на пазара, изразено като процентно съотношение между продажбите на фирмата и общите продажби в пазарния сектор, показва значението на фирмата на конкретен пазар.

Сравнителен анализ на организацията и конкурентите представлява Benchmarking-а. 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 следват за собствената организация след ориентиране към методите на най-добрите.[43]

1.5.2 Стратегически и оперативен маркетинг

Стратегия се дефинира в икономическата литература изключително диференцирано. Общото в повечето определения е, че при стратегиите се касае за резултатите от принципните решения, но и че стратегическите решения дават средно и дългосрочно ориентиран резултат. Zentes дефинира стратегическия маркетинг като „дългосрочно ориентирана обща маркетингова концепция на дадена организация”.[44] Стратегическият маркетинг представлява централната пазарноориентирана част на агресивния стратегически мениджмънт, който има за предмет освен това и дългосрочното изграждане на управляващи и организационни системи, набавянето и алокацията на ресурсите на организацията и изграждането на дългосрочни връзки с околната среда.

В практиката се срещат следните маркетингови стартегии:

- решения с агресивно участие на пазара;
- стратегии, насочени към купувачите;
- стратегии, насочени към конкуренцията;
- стратегии, насочени към продажбите;

[43] **Joas**, A. / Prommer, H. U.: Benchmarking, Band 1, Stuttgart, 1998, S. 264
[44] **Zentes, J.**: Grundbegriffe des Marketing, 4. Auflage, Stuttgart, 1996, S. 386

- стратегии, насочени към групи с претенции.[45]

От особена важност за настоящия научен труд са стратегиите, насочени към потребителите. В тази връзка има две възможности за целенасочено влияние върху поведението на потребителя. Първата е стратегия, насочена към преференциите, която цели да изгради „многоаспектни преференции при купувачите чрез прилагане на неценови параметри".[46] Другата алтернатива е изграждане на ценови стратегии, концентрирани в изграждане на моноаспектни преференции (ценова политика). При идеите за прилагане на една от тези стратегии се отдава откроряващо място на мениджмънта по качеството. За сферата на услугите успехът на организацията се определя в по-голямата си част от качеството на предложените услуги. В това отношение трябва да се отдаде голямо значение на точния анализ и дискусия с мениджмънта по качеството в рамките на стратегическия маркетинг.

Оперативният маркетинг конкретизира определените чрез стратегическия маркетинг начини на действие. За прилагането му се използват маркетинговите инструменти. Под това понятие се разбират онези конкретни инструменти (параметри, които се виждат, чуват, могат да се помиришат, да се вкусят, да се пипнат или да се усетят), с които може да се повлияе на пазара и на които пазарът реагира.[47] Те представляват конкретни маркетингови мерки, насочени към разработените целеви групи, респ. сегменти.

В организацията се различават няколко нива на работа: информационно ниво, ниво на дейност (оперативно ниво) и ниво на мениджмънт (стратегическо ниво).[48] Маркетинговите инструменти се използват на всички нива в дейността на организацията. Zentes отбелязва, че в литературата понятието маркетингови инструменти често се отнася само до нивото на дейност. Напълно възможно е обаче маркетингови инструменти да покажат стратегически характерни черти.

Комбинацията от тези инструменти се преплита специфично в понятието маркетингов микс. Той описва комбинативността от различните използвани маркетингови инструменти. В специализираната литература инструментите са групирани в четири политики:

1) продуктова политика;

2) дистрибуционна политика;

[45] **Маринова, Е.**: Маркетинг, 4 издание, 1999
[46] **Meffert, H.**: Marketing Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele; Wiesbaden 1998, S. 261
[47] **Becker, J.**: Marketing-Konzeption – Grundlagen des strategischen und operativen Marketing-Managements, München, 1998, S. 487
[48] **Zentes, J.**: Grundbegriffe des Marketing, Stuttgart, 1996, S. 258

3) комуникационна политика;

4) ценова политика.[49]

Meffert и Bruhn допълват към тези четири инструмента и персоналната политика, особено когато се разглежда маркетинг-микс на организация, предлагаща услуги. Политиката на човешките ресурси не трябва да се извършва в смисъла на обстоен мениджмънт на човешките ресурси. Разясняват се изключително онези аспекти, отнесени към персонала, които от гледна точка на маркетинга трябва да се вземат предвид при предоставянето на услугите.[50]

Magrath излиза още извън тези пет политики и добавя политиката на външно оформление (имидж) и политиката на процеса.[51]

Понятието маркетингово приложение обобщава двете области на процеса на маркетинг – мениджмънта, прилагане на маркетинговите дейности и контролиране 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 изпълнят целите на плана.”[52]

1.5.3 Маркетинг-микс

През последните години като резултат от промените в българската икономика, силната конкуренция, изменението на потребителските нужди и завишените изисквания към стоките, развитието на технологиите и отварянето на страната ни към световните пазари, коренно променят средата и обкръжението на организациите и изграждат ориентиран към потребителите пазар.

Понятието маркетинг-микс е въведено за първи път в науката за маркетинга през 40те години на миналия век от професор Нейл Х. Бърдън от Харвардския университет (препечатан в Borden, Neil: The Concept of the Marketing Mix).[53] Той е определил, че организациите могат да използват 12 групи от променливи (елементи) за разработване на своите маркетингови програми. В зависимост от специфичността на условията и дейността на организациите, ръководителите им комбинират използването на различни елементи в една обща програма за

[49] За сравнение Kotler, Disch, Meffert, Nieschlag и т.н.
[50] **Meffert, H.** / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997, S. 287 ff
[51] Magrath, A. J.: When Marketing Services, 4 Ps are not enough, Business Horizons, Nr. 29, May, 1997, S. 44
[52] **Kotler, P.** / Bliemel, F.: Marketing – Management Analyse, Planung, Umsetzung und Steuerung, 9. Auflage, Stuttgart 1999, S. 1176
[53] **Гладилов, С.**, А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, стр. 37

производството и предлагането на продукти или услуги на пазара. Тази комбинация на отделните елементи е наречена маркетинг-микс. Самият Бърдън твърди, че е достигнал до понятието и израза Маркетинг-микс, когато е прочел описанието на Джеймс Кълитън за задачите и дейностите на един изпълнителен директор. „(An executive is) a mixer of ingredients, who sometimes follows a recipe as he goes along, sometimes adapts a recipe to the ingredients immediately available, and sometimes experiments with or invents ingredients no one else has tried."

Според Бърдън едни от „продуктите" в маркетинг-микса са продуктово планиране, ценова политика, рекламна дейност, дистрибуция, политика на човешките ресурси, опаковка и съпътстващи услуги.

По-късно Джеръм Маккарти групира тези маркетингови инструменти в четири категории, които днес са познати като 4те Р.

Модел на четирите „П-та"- маркетинг – микс

Product - Продукт

Price - Цена

Promotion - Промоция

Place - Място

Това означава осигуряване на подходящия продукт, на подходящо място, при подходяща цена и в подходящо време.

- Product – продукт в маркетинга е всяко нещо, което може да задоволи нуждите и потребностите на хората, предлагано на пазара с цел да привлече вниманието, да се придобие за използване или потребление. Той може да е физически обект или някакъв вид услуга, лица, места, организации и идеи. Обхваща сферата, която се занимава със създаване и развитие на „точния продукт" и неговите варианти, като качество, дизайн, ползи, маркировка, опаковка, разфасовка, сервиз, гаранция, рекламация. Основните въпроси са свързани с това какъв да бъде асортимента на организацията, за удовлетворяването на кои потребности служи стоката и това се прилага за различните нива на стоката. Продуктът се счита за най-важния основен елемент на маркетинг-микса и заема основно място в продуктовата (производствена, стокова) политика на организацията.

С оформянето на вида и обема на програмата по продажбите, както и съпътстващите продукта услуги се занимава продуктовата политика. Тя оптимизира броя продукти, т. нар. дълбочина и широчина на програмата.

Дълбочината описва броя различни модели на един вид продукт, а широчината броя на различните видове продукти.

При продуктовата политика се различават следните стратегии:

Поддръжка на продукта: съществуващата програма не се променя.

Промяна на продукта: продуктът се променя по различни начини, напр. подобрява се вече съществуващата версия на продукта (Вариация на продукта) или се напасва продукта на различни нови потребности на клиентите чрез допълнителни приложения (Диференциране на продукта).

Диверсификация на продукта е насочена към разработването на съвсем нови пазари с нови продукти.

Елиминиране на продукта: производството се спира от програмата на компанията.

- Price – ценовата политика представлява това, което една организация предлага като ценова линия, отстъпки, намаления, плащане, кредитиране. Цената е възнаграждението на предприятието, получавано за доставените на потребителите стоки и услуги. Цената е важна, защото е елемент, осигуряващ дохода на организацията, докато другите елементи на маркетинг-микса определят най-вече разходите.

Цената се определя от различни елементи и фактори. Това са себестойност на продукта, необходимост от осигуряване на достатъчна печалба или доход за организацията, завладяване на целеви дял от пазара, съобразяване с цените, предложени от конкурентите, чувствителност на пазара към промяната на цените и др. Ако цените са определящ фактор за потребителите, клиентите ще предпочетат по-ниските цени пред малко по-високото качество на стоките. В случай, че цените не са главният фактор при поведението на потребителите, по-високото качество и начинът на обслужване могат да се окажат привличащите фактори за потребителите.

В основата на ценовата политика стои цената на продукта. Тя се приспособява от една страна към поведението на потребителите – структура на отношението цена-стойност (полза), а от друга - към поведението на конкуренцията. Организацията е изправена пред следния избор на ценови инструменти:

Премийна и промоционална ценова стратегия: премийните цени са високи цени, обвързани с политика на високо качество, докато промоционалните цени поставят компанията в нискоценовия сегмент.

Стратегии на проникване на пазара и на абсорбация на печалбата: проникване на пазара има за цел с ниски цени да обхване бързо масовите пазари и да осъществи големи продажби. Абсорбацията на пазара започва с относително висока цена, като постепенно тя се намалява, докато завладее пазара или докато се появи натиск от конкурентите.

Ценово диференциране: един и същ продукт се продава на различни цени на клиентите. Опитът е насочен да раздели пазара на подпазари, за да извлече максимална печалба.

Отстъпка / намаление: това са отстъпки в цените, служещи на компанията за постигане на определени цели. Такива могат да бъдат напр. увеличаване на оборота респ. продажбите или повишаване лоялността на клиентите.

- Place – дистрибуционната политика включва каналите на разпространение, покритието на пазара, разпределение на стоковите наличности по складови бази, локализацията (мястото) на стоката в търговската мрежа на дребно (мърчандайзинг) и едро, транспорт и др. С тази система трябва да се осигури възможността купувачът на стоката да я получи точно в определения от договора срок в безупречно състояние и в съответното количество, а така също на определеното място.

Тук се взимат решения относно изграждането на вътрешната и външната система на продажбите. Различават се два вида дистрибуция. Едната е подпомагаща аквизационните процеси (набира клиентите), а другата е логистична дистрибуция, която се грижи за физическо-техническото предаване на продукта на потребителя.

Аквизационните процеси решават по какъв път да се достави продуктът директно до купувача, без да се използват посредници или индиректно. Индиректният път включва между производителя и потребителя търговските посредници. Другият въпрос, с който се занимава аквизационната политика, е какви органи са упълномощени да се занимават с търговията. Това могат да бъдат членове на управлението, търговци, търговски клонове, търговски представители или посредници. От голямо значение е решението за търговия на едро, дребно или и двете.

Доставката на правилния продукт, на правилното място, в правилното време, в правилното качество и количество, на минимални разходи е предмет на логистичната дистрибуция. Тя има две основни цели, а именно минимизиране на разходите за доставка и надеждност на доставката.

- Promotion – комуникационната политика (промоцията на продукта) е използване на различните форми на комуникация за информиране и убеждаване на потребителите за закупуване и използване на продуктите, предлагани от компанията, за нейната дейност и имидж.

За всеки продукт е необходимо да се направи промоция т.е. потребност от привличане на внимание към него на пазара, както и от идентифициране на предимствата му спрямо другите продукти. Комуникационният субект е този, с който искаме да комуникираме, комуникационният обект е съдържанието на посланието, а процесът е пътят на предаване на посланието към потенциалните потребители.

Комуникационната политика разполага с множество инструменти, като напр. представяне, реклама, лични продажби, изграждане на лобита, връзки с обществеността (PR), присъствие в медии и много други.

Разпространението на информацията за цялостната фирмена дейност, както и за резултатите от нея се наричат връзки с обществеността. Те са необходими, за да събуждат внимание, интерес, доверие и да внушават благоприятна представа към продуктите и организацията, което в крайна сметка има положителен ефект върху развитието на продажбите.

Персоналните или лични продажби са от особено значение за комуникацинната политика. Директният контакт предизвиква двустранна комуникация, като основната, приоритетната цел е сключване на договор или фактическа продажба. Отличителна черта на личните продажби е обратната информация за клиентите към компанията. Тази информация помага да се избере най-добрият път за сключване на договори, подпомагане на търговския отдел, поддържане на връзките с обществеността, физическата доставка на продукта и други логистични задачи, но и информация за конкурентите и техните продукти.

Тези четири основни елемента на маркетинговия микс са контролируемите фактори, защото се определят от маркетинговия мениджър при наличието на определени обстоятелства. Неконтролируемите фактори включват социалните, икономическите, технологичните, конкурентните и регулаторните елементи, които излизат извън възможностите за контрол на организацията.

Концепцията на четирите пита (4Ps), която се отнася най-често за стоки, е допълнена от Booms и Bitner с още три. Така концепцията придобива смисъл на маркетинг-микс на услуги. Допълнителните елементи са people (хора), physical evidence (физически сигнали) и process (процес). Тези три аспекта на маркетинг-микса имат огромно значение за организации, предлагащи услуги. Така маркетинг-микса се увеличава на 7P.

Най-важният фактор в една компания са хората (people). Когато става въпрос за услуги, по-голямата част от тях се извършват от хора (в частност лекари, мед. сестри и др.). Следователно образованието, квалификацията и мотивацията на персонала влияят пряко на удовлетвореността на клиентите (пациентите). Служителите създават част от имиджа на организацията. В конкретния случай, а и в общия, служителите ни трябва да бъдат отзивчиви, компетентни, загрижени, инициативни. Затова ги наричаме проводникът на „бизнес културата“ на компанията.

Предпоставките за развиване на различни услуги в една организация са физическите сигнали, свързани със заобикалящата (околната) среда. Те се подчертават чрез оборудването и видимия контакт с клиента (пациента). Поради специфичността на „услугата“ като продукт, те подпомагат да се визуализира в представите на потребителя обещанието за услугата. Това се изразява в чистота, бързина, миризма или някаква друга осезаема полза.

Различните възможности за предоставяне на услугата се разкрива чрез процеса. Една услуга може да бъде предоставена по различни начини(процеси) – напр. различни начини за доставка на услугата.

Нуждата от подразделения в маркетинга на услугите оформя три такива.[54] Външно ориентиран маркетинг, вътрешно ориентиран маркетинг и интерактивен маркетинг. Външно ориентираният маркеитнг е насочен към процесите на организацията. Това са дейностите, свързани с продуктовата, ценовата, дистрибуционната и комуникационната политика на услугата. Вътрешно ориентираният маркетинг се занимава с обучението и мотивацията на персонала, за да предостави услугата, така че потребителят да е напълно удовлетворен. Целта на маркетинга е да обучи всеки служител да допринася за удовлетвореността на клиента. Интерактивният маркетинг е насочен към връзките между служителите на организацията и клиентите. Това е комуникацията, действията и работата помежду им. Качеството на предоставената услугата е в пряка зависимост от

[54] **Grönroos Ch**.: Service management and marketing: a customer relationship management approach, Wiley, 2000

качеството на действията и постъпките и на двете страни. В случая от значение е не само техническото изпълнение, а и качеството на изпълнението на функциите (Загрижено ли се е отнесъл докторът към пациента? Има ли пациентът доверие на лекаря?). На това ниво на комуникация се говори не само за High-Tech изпълнение на услугата, качество на изпълнение, а и на High-Touch изпълнение, съдържащи впечатленията на пациента от изпълнението. [55]

Според проучване на Valarie A. Zeithalm, как потребителите оценяват разликите между стоките и услугите, се констатира, че най-трудно се определя качеството на медицинските диагнози. Проучването показва, че доминантност при пациентите има качеството на доверие и сигурност, идващо в случая от лекуващия или преглеждащ специалист.[56]

Степен на диференциране на услугите е важна за оцеляването на една организация, т.к. е нужно показването на явното различие на услугите чрез иноваторство в елементите на услугата, в нейното изпълнение (зависещо от качеството на персонала, физическото обкръжение, както и самото изпълнение) и имиджа й.

Друг важен елемент за една организация е постоянството на качеството на услугите. Всеки потенциален потребител има конкретни очаквания, които се извайват от досегашния му опит, какво е чул и от комуникационната политика - това, което компанията обещава. Тук основната цел на маркетинга е да оправдае тези очакванията и в по-добрия случай да ги надскочи. Ако това се случи клиентът ще потърси отново услугите на същата фирма.

Авторите Parasuraman, Ziethalm и Berry създават следния модел на качество на услугите. В него са представени най-важните изисквания за постигане очакваното качество.

Минимизиране различието между очакванията на клиента и схващането на организацията за конкретни качества на услугата.

Намаляване различието между схващането на фирмата и спецификацията на качествения стандарт. Стандартът за качество на услугите и персонала се определя трудно и не винаги е ясно как се измерва. Това е следствие от качеството субективност на услугата. Напр. може ли да се стандартизира услугата бързина на

[55] **Гладилов, С.,** А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, Принцепс Мариови ООД, София, 2015
[56] **Kotler Ph.:** Marketing-Management, 2001, стр. 783

обслужване на медицинската сестра. За управлението на болницата може това да означава едно, а за персонала – друго.

Оптимизиране различието между спецификацията на качествения стандарт и действителното изпълнение на услугата. Причини за това могат да бъдат недобре обучен персонал, неефикасност на служителите. В здравеопазването специалистите трябва да обслужват бързо и в същото време да слушат продължително.

Минимизиране различието между изпълнението на услугата и насочената към клиента комуникация. Информацията, която фирмата изнася, влияе на очакванията на потребителя. Това означава, че ако в даден проспект е представено по-високо качество, от това, което в действителност се предлага, клиентът ще остане разочарован и няма да се обърне повторно към услугите на същата организация.

Намаляване различието между възприето и очаквано качество на услугата. Това е пропускът в качеството, който се получава в резултат на една или повече от по-горе описаните различия.[57]

Всяка качествена услуга разполага с определени характеристики. Това са измеренията надеждност (обещанията се спазват), отзивчивост (готовност за помощ от страна на персонала), компетентност, грижовно внимание на организацията към всеки един клиент, материална среда (обзавеждане, апаратура, персонал и средства на комуникация/общуване).

В сферата на здравеопазването разполагаме със сравнително подобни услуги. За да привлечем повече пациенти, трябва да надскочим очакванията им. Затова е нужно да отговорим на следните въпроси. Дали клиентът правилно е разбрал медийната реклама и какво е взаимоотношението цена – очакване (каква стойност носи услугата за клиента). Получава ли потребителят услугата правилно от първия път. Този въпрос засяга силни компетенциите на персонала – квалификация, в състояние ли са да предложат правилната услуга, да я изпълнят правилно и каква е оценката на изпълнението на обслужването с цел посочване на слабите места. Успяваме ли да внесем фактора изненада по време на изпълнението на услугата, т.к. това е най-добрият и ефективен начин да надхвърлим техните очаквания. Реакцията на служителите ни към евентуални проблеми с качеството е шанс за впечатляване на клиентите. Сравняваме ли услугата и очакванията на

[57] **Гладилов, С**., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, Принцепс Мариови ООД, София, 2015

клиента за тази услуга. Целта е използване на всеки шанс за подобряване услугата и качеството й.[58]

Стратегическата маркетингова концепция на организация, предлагаща услуги, е качественото обслужване. Поддържане и задържане на нивото на качество и обслужване е главна цел и потребителите се отблагодаряват с дълготрайна вярност. Така напр. до небезизвестните контролирани финансови цели се нареждат и поставените стандарти за качество. Стремежът към 100% правилно изпълнение на услугите поставя и летвата много високо. За да остане организацията една сред най-добрите или най-добрата на пазара, тя трябва непрекъснато да упражнява контрол над качеството на услугите. В този случай се прилагат следните подходи. Сравняване и тестване с конкуренцията, което обаче води до настигане, но не и до изпреварване. Друг метод е Complaint management, който се занимава със стратегия за решаване на проблемите, подадени от клиента под формата на оплакване или рекламация. Чрез запитвания към клиентите, телефонна линия или книга за препоръки и оплаквания се постига по-висока удовлетвореност на клиентите, които са подали оплакване във фирмата и то е било разгледано и съответно в последствие отстранено или подобрено. Тези клиенти остават по-верни на организацията, отколкото клиенти, които не са имали никога проблеми с услугите или продуктите. Вниманието на служителите и заинтересоваността относно удовлетвореността на клиентите е една от най-важната част от фирмената политика. Неразделна част от удовлетвореността на клиентите е и удовлетвореността на персонала. Тази удовлетвореност се повлиява от работната атмосфера, от допълнителната квалификация и развитие на персонала. От всичко изброено следва, че главната предпоставка за редовни и доволни клиенти се гради първо на вътрешно фирмено ниво.

Продуктивност е показател на измерването на ефикасността на продукцията в икономиката. Тя е съотношението на продукта на продукцията към материалите или единиците, необходими, за нейното производство. Обслужващият сектор е под висок натиск от гледна точка на цени и разходи, в същото време за производителността е отговорна интензивността на количество и качество персонал. Продуктивността може да се увеличи по-различни начини. Единият е да се квалифицира и обучи по-добре персонала, за да върши по-старателно работата си. При увеличаване на количеството работа намалява нейното качество. Пример за това могат да бъдат някои лекари, които увеличавайки броя прегледани

[58] **Гладилов, С**., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, Принцепс Мариови ООД, София, 2015

пациенти, намаляват отделеното време на пациент. “Индустриализирането” на услугата води до по-висока продуктивност - намаляване престоя на пациентите след операция или друга медицинска намеса в болничното заведение, следователно разходите за обслужване и консумативи падат, едновременно с това удовлетвореността на пациентите се повишава драстично. (Hernia inguinalis в болницата Shouldice-Hospital в Toronto) Ефективността се повишава от технологичния напредък, като това е ефикасен начин за намаляване на времето и разходите и е в интерес и на двете страни. Чрез превантивни мерки в здравеопазването нуждата от здравни услуги може да се предотврати изцяло или да се организира по-ефективно. Въвеждането на иновативен продукт, който замества дадена услуга, характеризираща се с бавно и трудоемко изпълнение, е предпоставка за създаване на нови пазари и опростяване на извършването на дадена услуга. [59]

С времето класическият маркетингов микс се развива и се разширява от 4P на 7P като един интегриран модел. Развитието продължава и стига до 10 компонента. Подходът на създаване на стойност за акционерите сега е заменен в научната литература от по-цялостен поглед на всички легитимни заинтересовани страни. От 2006 г. се наблюдава тенденция за внедряване на индивидуална Balanced Scorecard, спомагаща за идентифициране на пазарно ориентираните едиици в компанията. Тя съдържа не само традиционните компоненти на маркетинговия микс, а и други такива, оказващи влияние върху вземането на управленски и маркетингови решения Това са компонентите процеси, опаковки, персонал, хора или лица - кадрова политика, политика - представителство в политиката, лобизъм, корпоративна идентичност и физическа среда - вътрешно оформление, личностна политика, физически съоръжения - сгради, рецепция и т.н., публично представяне - блогове, общности и мултипликатори, позициониране на продукта и фокусиране върху усещането от изживяването на клиента.

1.6 Стратегически маркетинг на лечебно заведение

Главната маркетингова функция е да се постави грижата за пациента в центъра на медицинската организация и тази грижа да направлява развитието на всички функици на организацията (производство, управление, разпределение, потребление).

[59] **Гладилов, С**., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, Принцепс Мариови ООД, София, 2015

Чрез маркетинговата дейност се цели да се организират и координират всички ресурси на здравното заведение, с цел да се задоволят исканията и стремежите на потребителите. Това не е леко за нито една организация, нито пък за здравните структури поради многообразието на интересите и агентите, които участват в „играта".

Маркетингът може да изпълнява и ролята на двигател на промени. Той е едно професионално управление и ръководство за управление, един систематичен процес, т.е. предмет на планиране, организация и контрол съобразно добре формулирани и ръководени маркетингови програми. Маркетингът е пряко свързан с управлението на болницата и направлява нейната дейност.

Анализирането, планирането, осъществяването и контролът на обема, който възниква между болницата и пазара нейните услуги представлява управлението на маркетинга. За целта се разработват програми и планове, които да задоволяват потребителите, които от своя страна дават възможност да се постигнат целите на здравното заведение като организация.

Стратегическият маркетинг анализира конкурентната среда и определя коя болнична дейност/услуга чрез какви маркетингови инициативи и за кои целеви групи да се предложи и осъществи, така че да донесе печалба за болницата. Като първа стъпка се дефинира мисията на конкретното болнично заведение. Мисията се определя от отговора на класическите въпроси: Кой е нашият бизнес? Какъв ще бъде нашият бизнес? Какъв би трябвало да бъде нашият бизнес?[60] Следващата стъпка е свързана с проучване на това кой е нашият пациент, къде е той и какви са характеристиките му. Един от най-важните моменти е определянето и предлагането на стойност за пациента, както и баланс на разход-качество-достъп до услугата. Освен мисията на здравната организация е нужно да формулират целите ú. Те са ясно отнесени към мисията, точно дефинирани, количествено и качествено измерими, с определен приоритет и конкретно време за изпълнението им.

След формулиране на мисията и целите се описват задачите в план за действие, който представлява бизнес стратегията. Основни нейни характеристики са, че се касае за значими въпроси, отнесени към изпълнението, дългосрочна е и осигурява рамката, в която се взимат оперативните решения. Стратегическият маркетинг е предпоставката за внедряване на маркетинговите инструменти и дейности в оперативното ниво на болницата. Той съдържа в себе си следните

[60] Drucker, P. “Management: Tasks, Responsibilities, and Practices”, New York, 1973, ch.7

етапите стратегически маркетингов анализ, стратегическомаркетингово планиране, внедряване на стратегията, оценка и контрол на стратегията

1.6.1 Стратегически маркетингов анализ. Пазар и регулиране в здравеопазването

В първия етап от изпълнението на маркетинговата стратегия се проучват различните сфери и различните нива на действие. Обикновено се правят два анализа – вътрешен и външен. Вътрешният анализ се отнася до всички участници и продукти вътре в организацията, докато външният засяга пазара (потенциалните потребители) и конкурентната средата.

От гледна точка на маркетинга в здравеопазването потребителите, участващи на пазара и обмяната на здравни продукти също се разделят на вътрешни и външни. Външните потребители са пациентите - консуматори на здравни услуги и техните близки. Вътрешни потребители са самите здравни специалисти, които са част от здравната организация и могат във всеки момент да станат потребители на здравни услуги на други здравни специалисти. Например: при уточняване на диагнозата личните лекари се нуждаят от услугите на специалистите и следователно се явяват техни вътрешни потребители.

Други групи са така нар. контактни аудитории, към които здравните заведения насочват маркетинговите си усилия при набирането на ресурси и с цел осъществяването на ефективна дейност. Това са финансиращите (дарители и др.), регулиращите органи, здравни осигурители и застрахователи и др. Това са реални и потенциални клиенти (групи от обществото), които участват като крайни потребители под една или друга форма на здравните услуги. При всяка дейност на определено ниво на развитие съществуват посредници (извършващи транспортни услуги, продавачи на едро и дребно на лекарства или медицинска апаратура, помощни средства и други, търговски агенти, посредници при продажбата), които осъществяват връзка между потребители и производители и спомагат за разпространението и използването на услугата.

В сферата на здравеопазването тези агенти формират основно мнение и обикновено са главните отговорни лица за постъпването на пациентите в болницата. Лекарите (общи и специалисти) са тези, които насочват своите пациенти за консултация при свой колега при извършване на определени изследвания или дадена хирургическа операция, без обикновено да получават за това някакво пряко възнаграждение.

Почти всички големи здравни организации (обществени или частни) се базират на една система за насочване и препращане, която често пъти ограничава възможността на пациентите за собствен избор на лекар. В сферата на болничните услуги често пъти посредниците за избор са самите пациенти (клиенти).

Другият разпространен метод за анализ на пазара е анализът Five Forces, разработен от М. Портър[61]. „Петте сили“ представляват вътрешносекторната конкуренция (напр. между болници в един регион), заплаха от навлизане на нови играчи на пзара (откриване на нови болници), заплаха от въвеждане на продукти–заместители (разкриване на отделения и предлагане на аналогични болнични услуги от конкурентни лечебни заведения); повишаване силата на купувачите (пациентите) и покачване силата на доставчиците.

В конкретния случай и на база гореспоменатите проучвания следва анализ на болнични услуги. Отнесено към стратегиите и продуктовата политка таблицата по-долу онагледява казаното. Освен това е необходимо да се анализират и таргетните групи, като за целта се идентифицират потребностите и желанията на пациентите и насочващите лекари.

Табл. 2. Маркетингови стратегии

МАРКЕТИНГОВИ СТРАТЕГИИ	**Настоящи пациенти и партньори**	**Нови пациенти и партньори**
Досегашен спектър от предлагани болнични услуги	*Проникване на пазара: постигане* по-висок оборот със съществуващите продукти (напр. чрез интегрирани грижи, привличане на медицински център за извънболнична помощ)	*Развитие на пазара:* съществуващите продукти се предлагат на нова таргетна група (сегмент) - напр. привличане на чуждестранни пациенти
Нови болнични услуги	*Продуктово развитие:* нови продукти за	*Диверсификация: нови* продукти за нови таргетни

[61] Porter, M.: Competitive Strategy, New York, 1980

	настоящи потребители (напр. развитие на палиативна медицина, създаване на център за диабетици)	сегменти (напр. създаване на уелнес център, на ново отделение/клиника)

Пазарните отношения влизат във всички сфери на националната икономика, включително и в отрасъл здравеопазване. Те имат разнообразни форми на проявление - платени медицински услуги, такси, частна медицина, черен пазар, а следователно и нееднакви последици за общественото благополучие.

Пазарът възниква в резултат на общественото разделение на труда, което повишава производителността на труда и производителят започва да произвежда повече продукция от необходимата за неговото домакинство. По своята същност съвременният пазар е обмен на стоки, услуги и други блага срещу паричен еквивалент между две независими страни - продавач и купувач, всяка от които реализира целите си и получава полезност.

Вътрешният двигател и регулатор на пазара е конкурентният механизъм. Конкуренцията е съревнование по зададени параметри и критерии, които някои печелят, а други губят. Необходимо е голям брой участници от страна на предлагането и на търсенето, при което цената се образува по пазарен път от пазарните сили или невидимата ръка на пазара. Най-важната характеристика на пазара в разбиранията на икономическата теория е, че той се явява специфичен начин на разпределение на ограничените ресурси (блага) в едно общество въз основа на разпределението на богатството, тоест на способността на клиента да плати.

Характеризирането на пазара в здравеопазването изисква отговор на редица въпроси като:

1. Има ли пазар при предлагането на здравни услуги и какви са неговите недостатъци?

2. Как различните видове организации и икономически системи на предлагане могат да осигурят достъп на всички граждани до здравни услуги, като коригират дефектите на пазара?

3. Дали и доколко този достъп отговаря на критериите за справедливост и равенство?

4. Може ли и трябва ли да се регулира пазара на здравни услуги и къде е мястото на държавата в този процес?

Във връзка с особения характер на здравната услуга като икономическо благо и доколкото тя е тясно свързана с човешкия живот и страдания, се дискутират редица въпроси в няколко насоки:

- Същност на здравната услуга.

-Какво представлява здравната услуга?

-Каква е полезността на здравната услуга и как тя се оценява?

- Проблеми при търсенето на здравни услуги.

-Как се измерват потребностите от здравни услуги?

-Какви са специфичните функции на лекаря като "агент" в формирането на търсенето на здравни услуги?

-Производство и разпределение на здравни услуги (обсъждат се въпроси за равенството и справедливостта в тяхното разпределение).

-Предлагане на здравни услуги.

-Потребление на здравни услуги.

-Доколко потреблението на здравни услуги зависи от цената?

-Как потреблението се изменя в зависимост от възможността на пациента да плати?

На тези въпроси, свързани с пазара в здравеопазването може да се отговори като се разгледат специфичните характеристики на здравните услуги, отличаващо ги от останалите услуги.

Специфичните и присъщи на здравните услуги характеристики, които не се наблюдават при останалите услуги, са следните:

-Целите на организацията са многобройни и понякога противоречиви: да се подобри здравното състояние на обществото, да се предоставя медицинска помощ на най-високо технологично ниво, да се осигури възможност за професионално развитие на работещите в системата, максимализиране на икономическата полза, изпълнение на изискванията и процедурите на здравните власти и др.

-Някои от продуктите трудно могат да се измерят и оценят.

-В много случаи интересите на действащите лица, участващи или свързани с услугата, са противоречиви.

-Отговорността за правителствен контрол и регилуране е висша.

-Тъй като здравеопазването или дадено ниво на предоставяне на услуги се налага като държавна или обществена функция, държавата се намесва като финансиращ орган и често пъти като собственик и работодател.

-Потребителите обикновено не заплащат директно и в процеса на заплащане участва трета страна (държавата, общината или социално осигуряване).

-Доставчиците са с висока степен на автономност и професионална саморегулация и се чувстват обвързани повече със своята професия и своите клиенти, отколкото с организацията, в която работят.

-Двойствена власт, която упражняват: управляващите, които регулират и контролират ресурсите; медицинските специалисти върху съдържанието на предоставената услуга и често върху процеса на услугата.

В икономиката обикновено се изхожда от идеалната форма на пазарна структура - съвършена конкуренция, при която са спазени следните изисквания на свободния пазар: много на брой независими производители и потребители, наличие на прозрачност и информираност за състоянието на пазара, еднородност на предлагания продукт, свободен достъп за нови участници, свободно ценообразуване и др.

Табл. 3. Сравнителна таблица на свободния пазар и пазара в системата на здравеопазването

Изисквания на свободния пазар при съвършена конкуренция	**Проблеми на тяхното прилагане в здравеопазването**
1. Добре информиран, рационален и независим купувач	1. Слабо информиран, нерационален и зависим пациент
2. Много независими конкуриращи се продавачи, от които никой не влияе силно върху цените	2. Някои видове здравна помощ се оказват от монополни и олигополни структури. Финансовите органи ограничават икономическата свобода
3. Предлага се хомогенен продукт	3. Здравните услуги са разнообразни, трудно диференцуеми и лесно се диверсифицират.
4. Цената се определя свободно от пазарните сили	4. Тарифите обикновено са фиксирани или силно регулирани. Наличие на непазарни (публични услуги)
5. Свободен достъп до пазара за нови участници, свободно преливане на ресурси	5. Разрешение за практикуване в рамките на съсловието; ресурсите са специализирани.

Причините за невъзможността да се спазват изискванията на свободния пазар в здравеопазването се наричат пазарни дефекти или неуспехи на пазара.

Стремежът на лекарите у нас е да се остойности и заплати всяка отделна манипулаця, като трябва да се изтъкне фактът, че между манипулация и услуга няма знак на равенство. Еднократният преглед е най-често срещаната услуга, поради което по-голямата част от случаите остават нерешени цялостно или се решават с препращане към обществения сектор. Огромната част от извършените дейности не се декларира, като на практика остава в полета на сенчестия и неформален бизнес. По преценка на някои специалисти (Ст.Гладилов, Е.Делчева) става дума за около 90% от дейността на частнопрактикуващите лекари и стоматолози.

Проблемът за съдържанието и обема на медицинските услуги. Когато в решаването на даден здравен проблем се налага поетапно да участвуват различни медицински специалисти, всеки един от тях схваща своите действия като отделен вид завършена услуга. Приблизително такава е логиката на НРД.

Значимостта на частния сектор в българското здравеопазване остава прекалено малка , като той не успява да измести обществения сектор в нито един медицински отрасъл. Следователно, въпреки първоначалния ентусиазъм на лекарите, пазарното предлагане на медицински услуги не се превръща в реална и ефективнаалтернатива на обществената здравна мрежа.

Най-скъпо струващите дейности не се предлагат в частния сектор – голямата хирурги, коремна, сърдечна, гръдна.

За да бъдат цялостно решени някои от медицинските проблеми на пациентите в частния сектор, се налага да бъдат използвани и структури от общественото здравеопазване. Така се стига до двойствена ситуация, при която част от дейностите за лечението на един пациент се реализират в условията на пазар, а друга част се предоставят непазарно. Това поражда множество проблеми, защото пазарното и непазарното производство на здравни услуги не се допълват функционално. Налице е подчертана избирателност – „селекция на риска” (неблагоприятна селекция).

Дефекти на частния сектор:

1.Неразвитост, млад, териториална неравномерност.

2.Свързани с особеностите на здравните услуги – информационна асиметрия между пациент и лекар; монополна сила на медицинското съсловие; несъвършени

пазарни структури от страна на предлагането – олигополи и монополистична конкуренция.

Пазарът на здравни услуги в България не е избегнал нито един от известните дефекти на пазара в здравеопазването – териториална неравномерност, смесване на публична и частна дейност, липса на връзки между различните сектори в здравеопазването, недекларирани дейности и неформални плащания.

Всички тези проблеми следва да се имат предвид с оглед най-реалистично прилагане на маркетинговия подход в здравеопразването.

1.6.2 Стратегическо маркетингово планиране

След стратегическия маркетингов анализ се разработва *маркетингов план. Той* обобщава проведените проучвания и описва намеренията за постигане на конкретните цели в рамките на общата политика и мисия. Този основен инструмент служи за насочване и координиране на всички ресурси, които са на разположение на болницата, за постигане на заложената цел. Важни характеристики на добрия маркетингов план са фокусът към клиентите (пациентите), добрата мотивация на задачите и реално заложени параметри.

Съществена роля за ефективния маркетинг на здравни услуги имат следните фактори:

- Стил на междуличностни отношения с пациените, основани на доверие и симпатия;
- Професионална компетентност и престиж на лекаря;
- Лесно и достъпно получаване на здравна услуга с намаляване на препятствията и бюрократичните процедури преди контакта с лекаря. Това е особено важно, тъй като потребитеките на здравните услуги по правило са в състояние на стрес;
- Внимателен подбор на здравния персонал чрез изискване на определени личностни качества като толерантност, емпатия, дискретност, общителност;
- Обучение на здравния персонал в стандартизирани поведенчески и комуникационни стереотипи на работно място;
- Постоянен мониторинг на мнението и удовлетвореността на пациента;
- Внимателно обмислена политика за материално стимулиране на персонала , орентирана към дълго-временен период;

Събразняването на тези аспекти е особено важно при формирането на маркртинг-плана на здравната организация. Всеки маркетингов план обхваща:

- Ситуационен анализ на здравната организация;

- Маркетингови цели;
- Маркетингова стратегия
- Маркетинг-план за действие
- Маркетихгови контролни механизми.

Процесът по съставяне на маркетингов план включва следните основни съставни елементи:

1. Основни въпроси на маркетинговия план.
2. Съдържание на маркетинговия план.
3. Продуктова политика и конкурентноспособност.

По същество маркетинговият план е основен инструмент за прилагане на маркетингови подходи за усъвършенстване мениджмънта на здравното заведение и постигане на по-добри медицински, икономически и социални резултати.[62]

Ролята на маркетинга като основен управленски подход в лечебното заведение в значителна степен зависи доколко той изхожда и служи на стратегически цели. Прогнозата винаги предполага анализ на явленията и проблемите в динамика. Оттук необходимостта от динамичен маркетинг, т.е. не само еднократен моментен анализ, а постоянно проучване на проблемите, свързани с настоящите и вероятните бъдещи пазарни отношения на лечебното заведение.

Тази необходимост особено отчетливо е подчертана от Ц. Воденичаров и В. Борисов. Според авторите маркетинговата дейност не трябва да се опростява и свежда до простото сключване на договори или реклама. Нужно е да се изучават многообразни явления и процеси, свързани със здравните потребности на населението, особено неудовлетворените потребности. Задачата е своевременно и **проактивно** да се изследват тези неудовлетворени потребности, за да се конкретизира дейността по публик рилейшънс и да се създава **изпреварваща готовност** за разширяване и подобряване на предлаганите здравни услуги.[63]

Според T. Marcy и M. Rogers трябва да се разграничават ясно понятията маркетинг и рекламиране. Маркетингът отговаря не само на въпроса КАКВО се върши, но и ЗАЩО се върши, т.е той е ориентиран и зависи от определянето на цели. Добрият маркетинг непременно включва **стратегически мартетингов план** . В тази насока авторите разглеждат подходите на SWOT-анализа като задължително средство за реализиране на ефективен маркетинг.

Динамичният маркетинг изисква способност за:

[62] Гладилов, С., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, Принцепс Мариови ООД, София, 2015
[63] Котлър Ф.: Котлър за маркетинга, Абагар, Велико Търново, 2000

- широк социално-медицински анализ на заболеваемостта, смъртността, инвалидността и другите показатели на общественото здраве;
- анализ на динамиката на общественото мнение за здравеопазването;
- удовлетвореност на пациентите от качеството на оказваните здравни услуги;
- желания и очаквания на различни групи пациенти;

Цялостната дейност на лечебното заведение следва да се анализира през призмата на обществения престиж и авторитет на заведението, които не са постоянна, а променлива развиваща се величина.

На тази основа динамично следва да се анализира медицинския пазар, който постоянно се променя и налага прецизни маркетингови прогнози.

Според Ц. Воденичаров и В.Борисов маркетинговите прогнози трябва да се основават на достоверна базова информация за:

- Заболеваемостта и здравните потребности;
- Рисковите фактори на обслужвания контингент;
- Отношенията, желанията и мотивите на реалните и потенциалните клиенти;
- Култура и поведенчески стереотипи;
- Доходи;
- Териториално разпределение;
- Демографска структура.

Чрез тази базова информация се получава максимална конкретност в дейността и се намалява степента на неопределеността и риска.

Важна задача на маркетинговата прогноза е да оцени вероятната **конкурентноспособност** на дадено лечебно заведение в бъдеще.Конкурентноспособността в здравеопазването има специфични отличия от тази в другите отрасли. Основателно Е. Делчева посочва, че конкурентноспособността на здравната сисема не е само функция на пазарни отношения, но и на непазарни форми на организация, както и на вградените в този сектор различни **регулации** за по-ефективно и по-справедливо здравеопазване .

Целта на здравеопазването не е да произвежгда повече здравни услуги и по-високи печалби, а към продуциране на позитивни здравни резултати (реални и потенциални подобрения на здравния статус).

В този контекст Е. Делчева дава значително по-широка интерпретация на понятието конкурентноспособност от чисто пазарната организация на здравната система – тя е присъща черта на цялата здравна система (здравно заведение), независимо от неговата икономическа организация. Авторката напомня три

принципа за успешни здравни системи, приети през 2002 г. в Барселона: 1. Всеобщ достъп; 2. Осигуряване на качествана здравна помощ; 3. Финансова устойчивост.

Редица експерти подчертават необходимостта от едновременно реализиране в здравеопазването на два принципа – справедливост и ефективност, при доминиране на първия за сметка на ефективността.

Е. Делчева предлага следните критерии за оценка на конкурентноспособността:

-Осигуреност с ресурси – човешки, материални, финансови на 100 000 население.

-Достъпност – брой прегледи на глава, средна продължителност на лечение, използваемост на леглата.

-Качество и здравна резултативност - детска и обща смъртност, очаквана продължителност на живота (обща и съобразена с недееспособността), заболеваемост (обща и по класове).

В литературата се посочва необходимостта да се преодолее утвърдения стереотип на предимно количествено прогнозиране. Необходимо е и качествено прогнозиране. Според А. Modern качественото прогнозиране може да се нарече и екологично прогнозиране. То включва анализ и оценка на средовите фактори, които влияят на пазара на здравни услуги, например промяна в стила на живот, здравното поведение, култура, политическа ситуация.

В съответствие с мнението на някои автори приемаме, че качественото прогнозиране следва се се реализира в следните насоки:

- здравно-демографско прогнозиране
- прогнозиране на икономическата среда;
- технологично прогнозиране;
- социално прогнозиране;
- политическо прогнозиране;
- правно прогнозиране;
- етично (културологично) прогнозиране.

Според В. Борисов терминът **етично прогнозиране** звучи необичайно за нашите условия. Но неговата роля нараства, тъй като поведението на здравния персонал, на пациентите отношения между тях все повече ще се обуславят от морални регулатори.

Посочените насоки на качественото маркетингово прогнозиране разбира се следва да се анализират в пряка връзка с редица количествени характеристики на съответния аспект – здравно-демографски, икономически, технологичен и т.н. Някои от тези насоки могат да се реализират само чрез задълбочен качествен

анализ (политическо прогнозиране, правно-нормативно прогнозиране, етично прогнозиране).

Практическото реализиране на маркетинговите прогнози намира отражение в маркетинговия план. Съвременната маркетингова култура следва да отчита и съобразява ключовите критични елементи на маркетинговия план.

Критични елементи на маркетинговия план са следните:

1. Определяне на целите и по-конкретно на целевите контингенти за бъдещо медицинско обслужване (т.нар. целеви пазар). Уточняването на целевите контингенти става по геогрaфски, демографски, медицински (рисков) и културно-поведенчески профил.

2. Конкурентен анализ, основан на информация за реални и потенциални конкурентни организации, получавана от различни източници (интернет, медии, данни от ваши специални „агенти", обществено мнение и нагласи).

3. SWOT-анализ – утвърден метод за стратегическо планиране. Рискът при неговото използване са общите недостатъчно конкретизирани констатации за силните и слабите страни на лечебното заведение, за възможностите (шансовете) и вероятните заплахи (рисковете) в бъдещата дейност.

4. SMART цели, отговарящи на изискването определяните цели да бъдат:

- Специфични, значими, системни и синергични (specific, significant, systematic, synergistic);
- Измерими, ясни, мотивиращи (measurable, meaningful, motivational);
- Достижими, съгласувани, основани на действия, с оценими резултати (achievable, agreed-upon, action-based, accountable);
- Съответстващи, реалистични, отговорни, ориентирани към резултат, стимулиращи (relevant, realistic, responsible, results-oriented, rewarding);
- Осезаеми, със срокове, добре обмислени (tangible, time-based, thoughtful).

5. Приортитет на дългосрочните цели пред краткосрочните – ясно очертаване параметрите на дългосрочните цели с оглед тяхното постигане да бъде гарантирано чрез реализиране на краткосрочните цели.

Успешното реализиране на маркетинговия план е възможно, когато се изгради **структурирана маркетингова система**, която да интегрира многообразните маркетингови дейности в единна посока. В контекста на нашето изследване ще подчертаем, че именно наличието на маркетингова система може да бъде важен индикатор за нивото на маркетинговата култура в лечебните заведения.

Маркетинговите прогнози се основават на достоверна *базова информация* заболеваемостта и здравните потребности, рисковите фактори на обслужвания контингент, здравната култура, демографската структура на клиентите-пациенти, териториалното разпределение, доходите, очакванията и търсенето на здравните услуги.

Чрез тази базова информация маркетинговите прогнози получават максимална конкретност, намаляват несигурността и хаоса на дейността в условията на засилена конкуренция.

Прогнозирането може да бъде чрез количествени и качествени методи. Обикновено вниманието на мениджърите се насочва към количествените методи и се подценяват качествените.

Качествените методи отчитат ролята на външната среда на организацията. Затова наричат качественото прогнозиране екологично.

Качественото прогнозиране включва анализ и оценка на средовите фактори, които ще влияят върху пазара на предлаганите здравни услуги, напр. Прогнозиране на здравното поведение, търсенето, доходите, новите технологии и др.

Качественото (екологичното) прогнозиране следва да се реализира в следните насоки:

- прогнозиране на икономическата среда;
- технологично прогнозиране;
- социално прогнозиране;
- политическо прогнозиране;
- правно прогнозиране;
- етично прогнозиране.

Терминът **етично прогнозиране** звучи необичайно за нашите условия. Но неговата роля нараства, тъй като поведението на здравния персонал, на пациентите отношения между тях все повече ще се обуславят от морални регулатори.

Основното предизвикателство в този етап от планирането е да се конкретизират медицинските дейности, които отделенията в дадената болница да предлага и извършва. Ако отделението по урология на болница има намерение, наред с класическите урологични операции на различни заболявания и ендоскопската хирургия да започне да предлага и лапароскопска хирургия, червен или зелен лазер за оперативно лечение на простатен аденом, Карцином на простатната жлеза и тумори на пикочния мехур, ултразвукова и екстракорпорална литотрипсия на конкременти в уринарния тракт и други модерни и съвременни

технологии навлизащи в урологичната практика за лечение на урологични заболявания. Ако горепосочените анализи констатират ситуацията като благоприятна за въвеждане на нови услуги, е логично мениджмънтът да вземе решение и да стартира тази дейност. Маркетинговият план съдържа в себе си и комуникационната стратегия за въвеждане на този продукт – запознаване на таргетните групи с него.

1.6.3 Внедряване на стратегията

Предвид растящите разходи в сферата на здравеопазването и едновременно нарастващото недоволство сред пациентите, се формира специфично търсене. То се изразява не в „добър продукт на *възможно* най-ниска цена“ или на „*възможно* най-добър продукт на ниска цена“, а се изразява в „най-добър продукт на най-ниска цена“. Един от възможните подходи е промяна на една или повече от силите в „Анализа на Петте сили“ на М. Портер. Друга възможност би била сегментиране – търсене на част от пазара, която не е силно повлияна от петте сили или позициониране – развитие на отличително, конкурентно предимство, което предпазва организацията от пазарните сили. Тук и комуникационната оплитика влиза в действие. В продължение на гореспоменатия пример сега се запознават таргетните сегменти с високото качество, по-малката травматичност, ниския процент на усложнения и рецидиви при оперативното лечение на пациенти с урологични заболявания. Намаляване на следоперативния болничен период на лечение е от голямо значение както за пациента така и за разходите на самото лечебно звено и болницата като цяло. Необходимо е до пациентите да достигне информация за новостите и модерния подход на оперативни технологии при лечението на много заболявания на урогениталната система. Това включва реклама, PR изяви, online-маркетинг, напр. в „новини“ на интернет страницата на болницата, изготвяне на брошури и други рекламни материали за информация и запознаване с услугата, организиране на събития за промотиране и утвърждаване, провеждане на информационни кампании и срещи с насочващи лекари, известяване на здравните застрахователи чрез бюлетини и имейли и други.

В предпоследния етап се определят конкретните мероприятия за изпълнението на всяка задача. Всяко от записаните конкретни мероприятия се посочва с конкретен изпълнител и конкретен срок на изпълнение, като се залагат и необходимите четири ресурса за това. Това означава, че всяка задача се декомпозира в конкретни мероприятия, срок на изпълнение и разпределяне на

наличните ресурси за всяко отделно мероприятие. На този етап всъщност се изработва оперативният план за осъществяване на стратегията.

В този план се определят например: дата за рекламните кампании, търговските промоции, участията в търговски изложения и представянето на нови продукти и услуги. През този етап се включва и определянето на специални служители, които да отговарят за изпълнението на определени задачи и да контролират съответните процеси.

По същество планът за действие е основният инструмент на здравния мениджър за осъществяване на приетата маркетингова стратегия.[64]

Организацията на изпълнението е фазата, коятп се изразява в подробно запознаване на всеки изпълнител на всички нива с конкретните му задължения и с конкретните срокове за изпълнение на всяко мероприятие.

Изпълнението на плана се осъществява от целия екип на организацията. Ето защо същите следва да бъдат мотивирани да приемат и изпълнят плана. Средствата, с които ръководителят на здравното заведение разполага, за да реализира плановете, са: власт, убеждение, политика.

Административната власт е законната форма на сила, упражнявана от лице, което заема определен ръководен пост и има право да взема решения. Упражняването на власт е достатъчно, за изпълнението на плановете, които не изискват съществена промяна в статуквото. В редица случаи обаче упражняването на власт не е достатъчно за изпълнението на един план. Това налага използването на убеждение.

Убеждението се определя като процес на продаване на плана на тези, които ще го изпълняват и на съобщаване на цялата, свързана с него информация, така че служителите да разберат всички негови аспекти. В този смисъл убеждението изисква да се внуши на другите да възприемат плана по-скоро на базата на неговите достойнства, отколкото на властта на ръководителя.[65]

Яснота. Планът за действие трябва да бъде ясен и логичен, да конкретизира преследваната цел. Също така да са определени подходящите методи и дейности и да се очертават лимитите, в чиито рамки са позволени свободните действия на този, който управлява. Умението за разпределяне и обясняване на задачите на всеки член от екипа влияе до голяма степен върху изпълнението на поставената цел.

[64] Гладилов, С., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, Принцепс Мариови ООД, София, 2015.
[65] Гладилов, С., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, Принцепс Мариови ООД, София, 2015.

1.6.4 Оценка и контрол на стратегията

Контролът е система за наблюдение и проверка върху запланууваната дейност на болницата с цел своевременно установяване на това, дали функционирането на съответния обект протича, съобразно с установените с плана решения.

Упражняването на контрол е неделима част от дейността на здравния мениджър на всички нива. Перманентният контрол е придружен от анализ на изпълнението към момента на проверката на конкретните задачи и от мероприятия, включени в плановете на здравните заведения с цел своевременно отстраняване на възникналите трудности в процеса на неговото изпълнение. Осъществяването на контрол стартира по едно и също време с началото на процеса на изпълнение на плана и завършва в края му. При правилно изпълнение на планирания модел не са необходими коригиращи операции, в противен случай се задействат коригиращи механизми. Контролът трябва да бъде навременен, обективен, всеобхватен и действен.

Контролът има за цел да осигури изпълнението на плановите задачи, да разкрива нови резерви и да предлага нови управленски решения, да преразпределя ресурсите от едно направление в друго и т.н. Той се извършва под формата на проверки от специализирани органи и комплексни екипи, анализ на информации, справки, обзори и доклади, изучаване на мнението на консуматорите на медицинска помощ, обзор на оперативната статистическа отчетност и др. Контролът оказва важно стимулиращо въздействие на изпълнението на плана.[66]

Оценката на изпълнението е последната фаза в приложението на маркетинговия план. Целта й е да определи резултатите и дали целта е изпълнена. Това е външната оценка на стратегията.

Вътрешната оценка е свързана с анализ на отделните елементи от инструментариума на самата стратегия на маркетинговия план. До каква степен е направен ситуационният анализ правилно и достоверно, добре ли са формулирани приоритетите, основната цел и произтичащите от нея задачи, до колко ефективна е стратегията, добре ли са определени отделните мероприятия за постигане на целта. Обект на оценката са и организацията на изпълнението, както и контролът на изпълнението на стратегията. [67]

Получените данни от оценката служат за база за разработване на следващата стратегия за развитие на дадената институция.

[66] Гладилов, С., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, Принцепс Мариови ООД, София, 2015.
[67] Гладилов, С., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, Принцепс Мариови ООД, София, 2015.

Съвременните изисквания към един маркетингов план освен очакваните резултати определят и т.нар. принадена стойност за бенефициента (консуматора на положителния резултат от прилагането на стратегията), която надвишава очакваните резултати. В този подход се търси положителен ефект над очаквания за хората, към които е насочена стратегията.

1.6.5 Социолно-етичен маркетинг в здравеопазването

Напоследък все повече се налага становището, че проблемите на маркетинга в здравеопазването изискват по-широк подход от тясно нравственопазарното виждане. Известно е от литературата, че в здравеопазването чисто пазарното преследване на ефективността може да работи срещу справедливостта. Свободната конкуренция в здравното осигуряване и здравната дейност може да предизвика появата на т.нар. **пазарни дефекти** в здравеопазването като „морален риск" (морален хазарт), „селекция на риска" (избягване на риска), „неблагоприятна селекция" (подбор на платежоспособни пациенти).

В този контекст нараства необходимостта традиционният търговско-икономически маркетинг да получи нови измерения като **се трансформира в социално-етичен маркетинг.**

Социално-етичният маркетинг е насочен преди всичко към реализиране на социален контрол върху пазара от гледна точка на дълговременна полза за обществото, адекватна на законността и морала.

В здравеопазването социално-етичният маркетинг е фокусиран към пациента. Както основателно посочват Ст. Гладилов и Н. Велева, поради **дефицит на информация** пациентът не е напълно свободен избира вида на медицинска помощ и трябва да разчита на лекаря, който се явява в ролята на негов агент . Като такъв лекарят следва да защитава интересите на пациента, да взема решения и да действа така, както би действал самият пациент, ако има необходимите знания и права да взема такива решения.

Лекарят приема ролята на агент на пациента, която от своя страна детерминира специфични нови етични изисквания и норми на медицинската помощ.

За реализирането на истински социално-етичен маркетинг са нужни ясни **гаранции**, че регулирането на медицинския пазар изхожда от безспорни етични критерии, значими за здравната сигурност на обществото (общественото здраве). Социално-етичният маркетинг е насочен към общественото и професионалното поведение, мотивирано от адекватни социални и етични ценности (2).

Специално за условията на нашето здравеопазване все още трудност за внедряване на социално-етичен маркетинг е слабата или нелоялна конкуренция между различните лечебни заведения, която не е основана на сигурни критерии и информация за качеството на дейността в дадено лечебно заведение и на дългосрочните ефекти от тази дейност.

Бариера в тази насока е и доминирането на ограниченото икономическо и технологично мислене[68]. В тези условия на анализите на дейността на лечебните заведения се надценява икономическата ефективност и се подценява анализът на медицинската и социалната ефективност.

1.6.6 Интернет маркетинг и приложение на електронните технологии в здравните услуги

Електронната търговия и Интернет маркетингът придобиват популярност с все по-широкото навлизане на Интернет в ежедневието и се явяват неотменна част от всяка маркетингова кампания. Интернет маркетингът включва такива аспекти като Интернет интеграция, информационен мениджмът, PR. Пазарният сегмент на Интернет маркетинга расте, както в потребителския сектор, така и на ниво B2B (business to business). За основни негови преимущества се считат интерактивността, възможностите за максимално точен таргетинг и за т.нар. „пост-клик анализ", който води до повишаването на такива показатели като конверсия на сайта.

Интернет маркетингът се появява в началото на 90-те и за кратко време прераства в продажба не само на информационни продукти, но и на информационно пространство, програмни продукти, бизнес модели и много други стоки и услуги. Компании като Google, Yahoo и MSN издигат виртуалната реклама до ново ниво и сегментират пазара й, предлагайки рекламни услуги и на дребния и средния бизнес. Всичко това води до завишаване на рентабилността на инвестициите и занижаване на разходите. Така този тип маркетинг се превръща във фундамент на съвременния капитализъм, фундамент, позволяващ достигане на информацията до максимално широка аудитория.

Виртуалният маркетинг позволява изграждането на точна статистическа картина за ефективността на маркетинговата кампания, независимо дали става дума за B2B, или за B2C (business to customer) сектора. Така с бързото му развитие навлизат цял куп нови фактори, коефициенти и други, които дават представа за нивото на пазарното представяне на фирмата.Освен горепосочените два сектора,

[68] Воденичаров, Ц. / Попова, С.: Медицинска етика, София, 2010

B2C и B2B (от които вторият възниква по-късно и е по-многоаспектен), съществува и трети, по-малко разпространен модел – P2P (потребител-потребител, peer-to-peer). На този принцип действат Интернет аукциони като eBay, торентите, „Скайп".

Една от най-важните характеристики на Интернет маркетинга е, че позволява на клиента да получи информация за интересуващия го продукт. Ако той не успее да намери такава, най-вероятно ще се преориентира към закупуване на подобен продукт от конкурентната компания. Този тип маркетинг позволява и икономия на разходи както за персонал, който се занимава с продажби, така и за персонал, занимаващ се с реклама, а освен това и дава възможност на не чак толкова големи компании да разширят дейността си от местния на националния и международния пазар и да водят борба с по-големите си конкуренти – пак поради ниските разходи, които изисква.

Първата европейска онлайн-здравна услуга беше пусната през 2000 г.от GlobeDr.com, швейцарски доставчик на приложения, който описва услугата си като „здравна сметка". Срещу годишна такса от EUR 15 пациентите могат да депозират всичките си здравни данни в защитен онлайн-склад. Абонатите могат да влизат и разпечатват данни от здравния си картон чрез денонощен достъп. Когато всички работят с едни и същи данни, лекарите, зъболекарите, фармацевтите и сестрите ще са сигурни, че изследванията не се дублират, новите рецепти не противоречат на провежданото до момента лечение и че имунизационният график е спазен. Макар да стимулират даването на права за достъп на лекарите, така че те да могат да получават необходимата им информация, свързана със здравето на пациента, собствениците на електронните здравни картони запазват директния контрол и решават кой може да има достъп до информацията и какво да остане конфиденциално.

Едно от първите приложения електронните иновации намериха в управленския и маркетингов процес на болничните лечебни заведения. В практиката бързо навлязоха съвременните болнични информационни системи.

Медицинската част на болничната информационна система представлява същинската част, разпределена в множество подсистеми и отново е изградена най-често на модулен принцип. Основно правило е всички подсистеми да бъдат свързани помежду си в стройна логическа верига, която да отрази в електронен вид всички етапи и детайли от момента на влизане на пациента в болницата до момента на изписването му. Медицинската част на системата отразява планирането на пациента за преглед в болничната или доболничната част на системата, регистрацията му в болницата, всички детайли свързани с прегледа,

предварителната диагноза, симптомите, с които постъпва пациента, всички направени изследвания (лабораторни, биохимични, образни, инвазивни), манипулации, планирани и извършени операции, други интервенции, процедури, предприето консервативно лечение. Също така системата дава възможност за проследяване на състоянието на пациента и изменението на медицински значимите параметри по време на цялостната продължителност на лечение в болницата. Важен компонент на болничната информационна система е подсистемата за образна диагностика (PACS). Тя позволява диагностиката на заболяванията да се извършва с електронни устройства и софтуер, които постигат изключително висока резолюция. В същото време запазването на образи в електронен формат позволява обменянето им, включително в реално време, с цел второ мнение и възможност за отдалечена диагностика от световно признати експерти.

Здравните портали се налагат все повече в живота на пациентите като им позволяват да получават по-качествени и навременни здравни услуги. Добавена стойност порталът има и за болниците – освен като основно средства за маркетинг, той може да се разглежда като една непрекъсната интерактивна връзка между болничния специалист и пациента. Един съвременен здравен портал представлява съвкупност от електронни приложения, които са достъпни чрез интернет и задължително могат да се използват с диагностични цели или да имат терапевтична ориентация – с активна връзка между лекар и пациент, да имат отчетни функции и не на последно място да имат маркетингова роля за представяне на здравните услуги.

В обобщение **здравният интернет портал** е една необходимост, която подпомага процесите на профилактика, диагностика и лечение, като ги прави по-ефективни и ефикасни, което в съвременният конкурентен свят представлява изключително маркетингово предимство.

1.7 Мотивационните теории и маркетинговата култура в управлението на човешките ресурси

Маркетинговата култура е пряко свързана и се надстройва върху успешния мениджмънт. Слабата маркетингова култура, подценяването на значимостта на маркетинговия подход във всеки конкретен отдел може да има фатални последици за всяка една организация.

Изходен въпрос е този за **очакванията и потребностите на клиента (пациента).** След това доколко качеството на предлаганите услуги е адекватно на очакванията и потребностите на потребителите.

В обобщаващ методологичен аспект ние схващаме маркетинговата култура като съвкупност от субективни и обективни предпоставки и елементи, необходими за ефективна маркетингова дейност в мотивационните теории:

- **Информираност** - ясна представа, обратна връзка с клиента (пациента);
- **Разбиране** – осъзнаване и възприемане на същността и значимостта на маркетинговата дейност;
- **Отношение** - адекватна, вътрешно мотивирана подкрепа и съпричастност към маркетинговата дейност в мениджмънта;

Ниската маркетингова култура, изразена в подценяване значимостта на маркетинговия подход може да има фатални последици.

В този аспект ниската маркетингова култура се демонстрира главно с два индикатора:

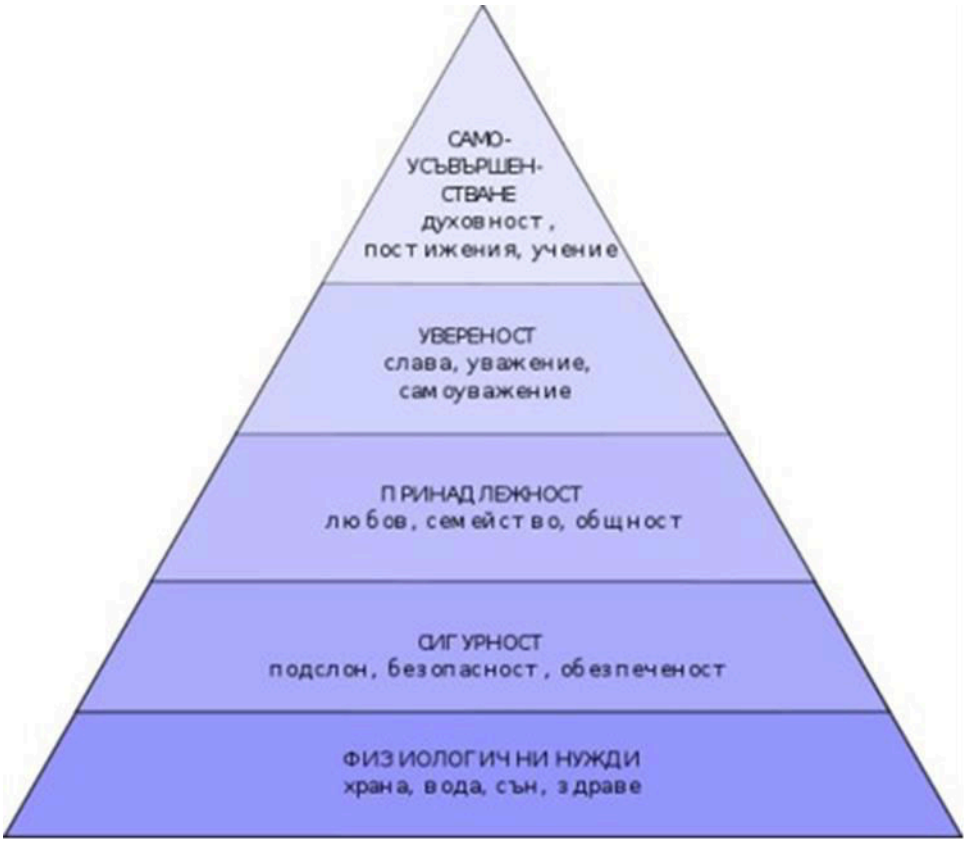
- Подценяване очакванията, потребностите и удовлетвореността на клиента (пациента);
- Подценяване адекватността на качеството на услугите на очакванията и потребностите на клиента (пациента).

Изложените по-горе виждания и приоритетни насоки определят по нов начин необходимостта от формирането на управленска култура в здравеопазването и в частност на маркетинговата култура в процеса на управлението на болничната дейност.

1.7.1 Роля на мотивацията в мениджмънта. Модел на Маслоу за човешките потребности.

Разработени са множество теории за ролята на човешките потребности. Класическата теория, разработена през 1954 г. от Ейбрахам Маслоу , и до днес дава най-ясните стъпки, по които човек надгражда и приоритизира своите потребности. Пирамидата на Маслоу дели потребностите на човека на пет нива (Фиг. 6).

Фиг. 6. Пирамида на потребностите на Маслоу



Основата на пирамидата заемат основните или физиологическите потребности. Това са храната, водата, подслон и освобождаване от болка респ. здраве. Потребността от сигурност. Тя въплащава защита от опасност, липсата на заплаха, както и финансова обезпеченост, подсигуряваща оцеляването на човек и т.н. На третото ниво се намира потребността от принадлежност. Тя се отнася до привързаност, приятелство, любов и взаимоотношения с други хора, социални ангажименти. Увереността засяга аспекти като его, увереност, статус в обществото, имидж и уважение и т.н. На последното ниво на пирамидата на Маслоу се намират потребностите като самореализация и усъвършенстване. Това обхваща уменията, потенциала и способностите на личността и тяхното използване. Това е най-високото ниво на пирамидата и най-абстрактното. Себеутвърждаването стъпва върху всички гореизброени нива.

Теорията на Маслоу е една от най-добрите основи за определяне на потребностите на индивида, на обществото, на пазара и т.н. Не трябва да се забравя

обаче, че човешките потребности, които са в основата на дейността на всяка организация, са динамични. Те променят нивото си и това е основният мотив, който задвижва поведението на човека и го тласка да взема решения.

На разположение на хората са ограничени ресурси – материални, финансови, човешки, информационни ресурси и време. По тази причина човек разполага с ограничени ресурси. Той трябва да вземе решение кой продукт да закупи, на каква цена и съответно каква потребност да задоволи. Основна потребност за един може да представлява луксозна потребност за друг.

Потребностите на хората влияят на мотивацията им за начина на живот, работно място, семейна принадлежност и т.н. Едно от основните направления в мениджмънта се занимава с управлението на човешките ресурси. Връзката между мотивационните елементи и потребностите на индивида са разгледани подолу.

Мотивацията играе основна роля в мениджмънта и етапите на управление на човешкия капитал. Съществуват икономически и социални цели на управлението на човешките ресурси.

Икономическите цели са следните:

• Оптимално назначаване на служителите - „правилният човек на правилното място“ – назначаването на един служител е свързано с оценката на възможностите на неговата работа. Това най-често се определя от дипломи, сертификати и други доказателства за натрупан опит, преди започване на работния процес. Ако се върнем на различните нива в пирамидата на Маслоу и приемем, че за конкретно вакантно място кандидатства човек, който има странични доходи и е осигурен на първите три нива (физиологични нужди, сигурност и принадлежност), то специалистът Човешки ресурси трябва да прецени и анализира мотивационния елемент на кандидата за работа. В това число съществен елемент в тези оценки са квалификацията на кандидата, а именно достатъчно ли е квалифициран или прекалено висока квалификация ли има за тази позиция.

• Минимизиране на разходите, свързани с назначаване на служител, с цел да се избегне смяна на назначен вече служител.

• Повишаване на човешкия капацитет на работа – мотивация и развитие на персонала.

• Използване на креативността и опита на служителите – непрекъснат процес на подобряване.

Социални цели:

• Предоставяне на възможно най-добрите условия за работа на служителите.

• Добри социални взаимоотношения, напр. работен климат.

• Влияние на социалните придобивки – вид и обем, структура и цели на социалните придобивки, развитие на социалната система в организацията.

• Определяне на управлението на човешките ресурси – принципи на управление, инструкции и обучения.

• Специални области – Надзорни органи, свързани с конфиденциалност на личните данни, сигурност, както и отдел, приемащ предложения.

От гореизброеното става ясно, че доброто планиране на организацията (добрият мениджмънт) преминава през доброто планиране на човешкия ресурс. Поведението на човека би могло да се разгледа като „стъпка по стъпка“ преминаване през различните нива на потребностите, обяснени от Ейбрахам Маслоу.

1.7.2 Двуфакторна теория на потребностите на Херцберг

Ако идеите на Маслоу за човешките потребности се тълкуват буквално, ръководителите могат да направят следните връзки между групи потребности и области на управленско въздействие: физиологични потребности (справедлива заплата, удобни условия на труд); потребност от сигурност (безопасни условия на труд, сигурност на работното място); социални потребности (възможности за социално взаимодействие, стабилност на групата, стимулиране на сътрудничеството) и други.

Двуфакторната теория за мотивацията на Ф. Херцберг се основава на две групи фактори – поддържащи и мотивиращи (фиг. 7).

Фиг. 7. Съотношение на теориите на потребностите на Маслоу и Херцберг

Теория на Маслоу	Теория на Херцберг
Самоусъвършенстване Уважение	Мотивиращи фактори
Социални потребности Потребности в безопасност Физиологични потребности	Поддържащи (хигиенни) фактори

Поддържащите фактори са свързани с избягването на неудовлетвореност (недоволство) – политиката и администрирането на компанията, техническия надзор, междуличностните отношения с прекия ръководител, равните и подчинените, заплатата, сигурността на работното място, личния живот, условията на труд, организация на работа. Тези фактори не създават силна мотивация. Като мотивиращи се разглеждат следните фактори: постижение, признание, служебно повишение, самата работа - предизвикателства, възможност за личностно развитие, отговорност. Тези фактори причиняват силна мотивация, но отсъствието им не води до силно недоволство.

Поддържащите фактори могат да се интерпретират предимно като външни, свързани с условията на средата, а мотивиращите – като вътрешни, свързани с характера на изпълняваната работа и удовлетворението от нейното извършване.

Поддържащите фактори са:
- политиката и управлението на институцията;
- дисциплината;
- условията на труд;
- сигурност на работното място;
- заплащането на труда;
- връзките с членовете на групата, към която служителят принадлежи;
- личният живот;
- взаимоотношенията с неговите подчинени сътрудници (ако има такива);
- обществения статус;
- социалното осигуряване и обслужване.

Ако някой от тези фактори е на по-ниско ниво, отколкото е нивото в бранша или района, подобрявайки неговото ниво, се предизвиква намаляване на недоволството на кадрите, т.е. детерминира се повишаване на задоволството на служителите в съответната стопанска единица. Когато обаче хигиенните фактори обуславят пълно задоволство, като продължава тяхното позитивно развитие, не

може да се постигне нарастване на степента на удовлетвореност. Тогава следва да се използват мотивационните фактори, а именно:
- прогрес на личността чрез промяна на вида на служебната работа;
- признание към личността за резултата от труда;
- задоволяване на личен интерес чрез възлагане на работа, отговаряща на него;
- повишаване на отговорността на служителя в цялостната работа на организацията;
- растеж в професионалната кариера.

Обобщено теорията на Херцберг гласи, че задоволеността на индивида е резултат от самата работа, а неговата незадоволеност от условията на труд. Интересната работа го задоволява, но рутинната го отблъсква. От своя страна лошите условия на труд го отблъскват, но подходящите го задоволяват.

1.7.3 Теория на потребностите на Макклеланд

Каква е основната теза на теорията за човешката мотивация на хората? Според Макклеланд има три важни висши потребности. Това са потребностите от:

а/Постижения;

в/Принадлежност;

с/Власт.

Мотивацията на хората в работата се гради на основата на тези три потребности. Хората ги заучават в случай, че виждат в заобикалящата ги среда възможности да ги удовлетворяват.

Потребността от постижения е потребност на индивида да доведе нещата, с които се е захванал, до успешен край.

Потребността от принадлежност и обвързване е потребност за установяване и поддържане на благоприятни отношения и оказване на помощ, както и съпричастие към определена група от хора.

Потребността от власт е потребност от оказване на влияние върху други хора с цел постигане на определен резултат.

Същевременно мениджърите откриват прости, но ефективни начини да прилагат теорията в своята практика. Достатъчно е да се анализират длъжностите във фирмата, за да се разбере дали работните места ориентират хората към постижения. Или да се прецени доколко системата за възнаграждения ориентира поведението на хората към постижения.

Най-важните изводи и препоръки в тази теория за мотивацията са:

Хората с високо развита потребност от постижения:

а/ Предпочитат да избягват много лесните и прекалено трудните за изпълнение цели (задачи);

б/ Предпочитат да имат незабавна и надеждна обратна връзка за това как работят;

в/ Не бива да бъдат насочвани към ръководни длъжности, защото ще бъдат изключително взискателни към подчинените си, което невсякога е полезно за спокойната работа.

Хората със силно изявена потребност от власт:

- Те се изявяват най-добре на ръководни длъжности, когато потребността им от постижения се доближава до потребността от постижения на подчинените;

- Хората, които са подходящи за ръководни длъжности, трябва да имат умерено развита потребност от власт и ниска степен на потребност от принадлежност.

Дейвид Макклеланд е бил убеден в това, че хората са в състояние да променят потребностите си, като биват научавани на трите потребности.

1.7.4 ERG - теория на Клейтон Алдерфер

Друга съвременна теория за развитие на управлението на човешките ресурси е ERG - теорията на К. Алдерфер, разработена от него през 1969г. ERG е абривиатура от трите потребности – Existence, Relatedness, Growth. Тази теория се основава на пирамидата на Маслоу, като модифицира йерархията на потребностите на три равнища [6]:

а/ Съществуване (Existence) – това са физиологичните потребности и потребността от сигурност на Маслоу;

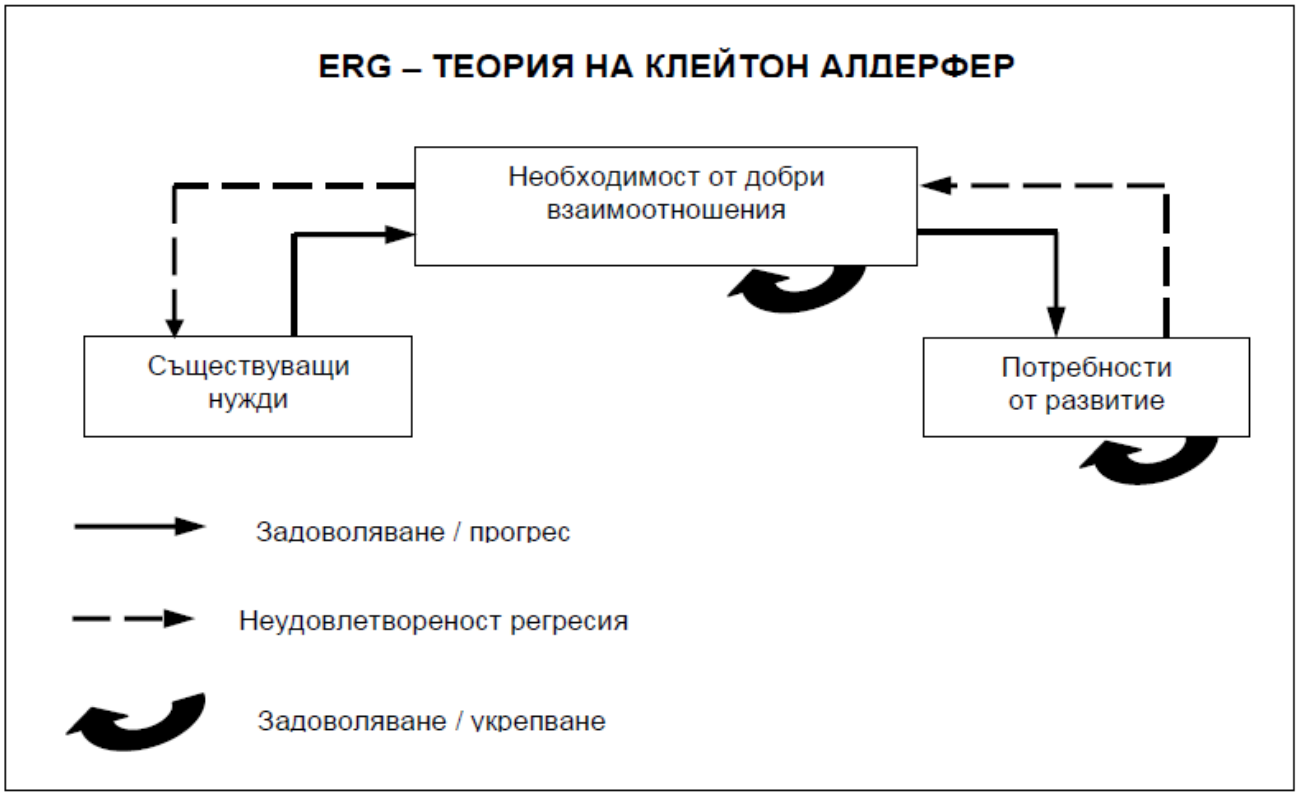
б/ Обвързване (Relatedness) – включва потребности за взаимоотношения: социално и външно уважение (отношения в семейството, приятели, колеги и работодатели). Трето и четвърто ниво от йерархията на Маслоу.

в/ Растеж (Growth) тук се отнасят потребностите от самореализация, които обединяват четвъртото и пето ниво от пирамидата.

ERG-теорията е по-концентрирана в сравнение с теорията на Маслоу. В приложен аспект ERG-теорията разпознава мотивационните проблеми в организацията чрез търсене отговор на следните въпроси, свързани с нейното функциониране: какви потребности има сега конкретният служител; кои негови потребности са задоволени и по какъв начин; коя от незадоволените му потребности стои по-ниско в йерархията; има ли незадоволяване на потребностите от по-високо равнище и защо; пренасочил ли се е той към някоя потребност от по-ниско равнище; как може да бъде задоволена “неудовлетворената” потребност.

Служителите могат да имат много и разнообразни потребности, които трябва да се удовлетворяват едновременно. Съгласно тази теория концентрирането върху една идея е неефективен метод за мотивация.

Фиг. 8. ERG – теория на Алдерфер.



1.7.5 Процесуални мотивационни теории

Теориите за потребностите не изясняват достатъчно аргументирано защо хората избират дадено поведение, за да задоволят конкретните си потребности. Този фактор на избора в мотивацията стои в центъра на процесуалните мотивационни теории. Тази група теории обикновено се определя като по-полезна за практическото управление на човешките ресурси, защото именно тя е в основата на прилаганите мотивационни техники.

Теория на справедливостта

Теорията за справедливостта или Теорията за социално сравнение на Д. Стейси Адамс твърди, че хората искат другите да се отнасят към тях по достойнство. Чувството за справедливост и чувството за несправедливост ги мотивират по различен начин.

Теоритикът поставя акцент върху баланса между това, което хората дават на своето работно място и това, което получават оттам. Поддържането на баланс е едно от важните условия, за да имаме мотивация в работата.

В теорията на Адамс за мотивация чрез справедливост има няколко основни понятия. Това са:

- Вложения – това е приносът на индивида за организацията. Напр. време, усилия, способности (квалификация, умения, познания), лоялност, съпричастие, „душа и сърце“, лична отдаденост и други;

- Резултат – това, което индивидът получава срещу своя принос. Напр. заплата, бонус, отговорност, сигурност, развитие, репутация, гордост, удоволствие.

- Двустранна перцепция – това е възприемането и сравнението на приноса и резултатите на индивида с приноса и резултата на другите колеги.

- Справедливост – това е усещането, при което възприемането и сравнението на приноса и резултата на индивида е равно на приноса и резултата на другите.

- Негативна несправедливост – това е усещането, чувството, че приносът на индивида и приносът на колегите му са еднакви, но резултатът на другите е по-голям от неговия резултат.

- Позитивна несправедливост – усещането, чувството, че приносите на индивида и приносът на другите са еднакви, но резултатът на индивида е по-голям от резултата на другия.

Необходимо е да се отбележи, че теорията на справедливостта дава на ръководството ориентация и направление накъде и как да бъдат насочени усилията им за неутрализиране на несправедливостта в действията на организацията. Съществено значение има доброто познаване на фирмения персонал от различните нива за справедливост и несправедливост, и на тази база мотивацията за осигуряване на справедливо трудово възнаграждение и признание на личността на всеки от служителите или група такива.

Мотивационна теория на очакването на Врум

Мотивационната теория на очакването, която е разработена от В. Врум, е една от водещите в теорията на процеса на мотивация. Степента на мотивираност на служителите на организацията за труд зависи от тяхната представа и възможностите им за изпълнение на даден труд и реалността да достигнат поставените цели.

Съгласно теорията на очакването мотивационен ефект оказват не само потребностите на хората, а и техния мисловен процес, при който служителите

оценяват реалните възможностите при постигане на дадена цел и получаване на съответното възнаграждение.

Теорията на очакванията се основава върху следната логика: хората изпълняват трудовите си задачи така, че да получат желаната компенсация. В основата на тяхната дейност е възможността за избор на желано от тях поведение. Конкретното поведение е следствие от взаимодействието на избора, очакванията и предпочитанията (фиг. 9).

Фиг. 9. Теория на очакването.

Докато изборът е свързан с възможността да се реализира алтернативно поведение, очакванията са израз на връзката между типа поведение и свързаните с него последици (напр. възнаграждение). В предпочитанията се отразяват значението, смисълът, стойността на възможните последици на дадено поведение.

Тя утвърждава зависимостта на **усилията**, които влага служителят, от създаването от него реални резултати от поставената цел и **желанието** да се достигне целта. Теорията на очакването разглежда два вида очаквания, влияещи на ефективността на служителя при неговата работа:

а/ Осигуряват ли вложените усилия висока степен на зададената работа;

б/ Ефективната дейност ще доведе ли до очакваните резултати.

На степента на мотивираност влияние оказва ценността или привлекателността за служителя от получените резултати. Ако резултатите, които се получават с добра работа и значителни усилия, не представляват интерес за него, то неговата мотивация ще се намира на ниско ниво. И обратно, ценните за служителя резултати пораждат силна мотивация.

Модел на Портър - Лоулър

Съвременните подходи към мотивацията се основават върху опити за изграждане на интегративни модели, които разглеждат човешкото поведение в реалния му контекст. Моделът на Л. Портър и Е. Лоулър се опитва да изясни връзката между изпълнение, удовлетворение и възнаграждение, но включва и съответствието на задачите на притежаваните от сътрудника умения, способности и черти на характера.

Основната теза на теорията за мотивацията на Портър и Лоулър е: „Желанието на един човек да изпълни добре своята работа не може да обясни напълно силата, характера и съдържанието на неговата мотивация. Необходимо е още да се има предвид и как самият той възприема своите реални възможности, за да се справи успешно". Така например, служител с по-големи способности и умения, който осъзнава своята роля и приноси за фирмата, без съмнение постига повече резултати, с цената на по-малко усилия. Той определено е мотивиран служител, но в случая не става дума за неговото желание, което ще го мотивира, а за осъзнаването и оценяването на собствените способности, умения и приноси.

Теорията за мотивацията на Портър и Лоулър е известна също като "теория на очакванията". Тя обяснява резултатите, които служителят постига с помощта на три променливи фактора:

- Положени усилия;
- Способности и характерни особености на човека;
- Осъзнаване на ролята от самия служител.

Степента на положените усилия от своя страна зависи от ценността на възнаграждението и от това, доколко служителят очаква и вярва в съществуването на здрава връзка между положените усилия и възможното възнаграждение. Според Портър и Лоулър изпълнението на една задача, с очакваните крайни резултати, води до два вида възнаграждения:

- Вътрешно възнаграждение (удовлетвореност) от изпълнената задача - чувство за компетентност и самоуважение;
- Външно възнаграждение - похвала от ръководителя, премия, повишение в службата и др. Когато вътрешните и външните възнаграждения, които служителят

получава за извършената работа, се възприемат от него като справедливи, той получава удовлетворение от положения труд. Вижда се, че удовлетворението е мерило за това доколко ценно е възнаграждението. И тази оценка влияе на човека в бъдещи ситуации.

Този извод на Портър и Лоулър, че резултатният труд носи удовлетворение, ще бъде вероятно изненада за онези ръководители, които считат точно обратното, а именно, че щастливите (удовлетворени) служители, имат „от само себе си" високи резултати в работата си. Вижда се, че може да се мисли и по друг начин, който Портър и Лоулър предлагат – успешният резултат е причина за пълно удовлетворение, а не негово следствие. За това обаче са необходими не само усилия, но и способни хора, подходящи възнаграждения, адекватни възприятия за възнаграждения и ценности.

Има ли връзка между теорията за мотивацията на Виктор Врум и теорията за мотивацията на Портър и Лоулър? Основен принос в разработването на теорията на очакванията има Виктор Врум. Но по-късно Портър и Лоулър разработват своята теза за очакванията на индивида в труда, като съумяват да уточнят и разширят съществено теорията на Виктор Врум.

1.8 Техники за мотивация

Техниките за мотивация, които се прилагат в чуждестранните организации, са различни от техниките за мотивация в българските предприятия. Това се дължи на различните философии за управление на човешките ресурси и за управление на организацията.

Съвременните техники за мотивация могат да бъдат:

1) Поставяне на цели - то мотивира хората за по-ефективно изпълнение;

2) Дизайн на труда - ранните управленски подходи към мотивацията използвали дизайна на труда, за да го опростят;

3) Системи за възнаграждение - те трябва да разкриват значението на парите и непаричните награди, които хората в организацията получават. Мотивиращата роля на възнагражденията е в това, че те разкриват индивидуалния принос на всеки;

4) Комуникации - трудно е да се мисли за мотивацията на хората, без създаването, предаването, приемането и използването на взаимно изгодна информация. Комуникацията е действието, което прави мотивацията възможна. Основните комуникативни техники за мотивация са: обратна връзка, информиране, слушане, аргументиране, убеждаване, вербалните комуникации, писмените комуникации, и невербалните комуникации.

Единствено човешките ресурси са тези, които съединяват суровините, технико-технологичните, финансови и всички други ресурси в продуктите. Те са тези, които произвеждат, които планират, организират и контролират процесите. Те са хората в качеството си на ръководители, които мотивират и осъществяват мениджмънт. Човешките ресурси са ресурси, които правят чудеса с останалите ресурси на организацията, а и със самата организация.

Човешкият ресурс е с особена консистенция. Хората събрани да работят на едно място и в една организация, изискват особена справедливост за себе си. Хора със защитена справедливост са производителни и удовлетворени. И обратното, хора с ощетена справедливост са непроизводителни и неудовлетворени. Това е уникалност, която превръща човешките ресурси или в голяма сила или в едно голямо безсилие.

Целите и резултатите, които мениджърът иска да постигне, качеството и сроковете на извършваната работа, са невъзможни без усилията на подчинените. Могат да се посочат много ситуации, в които мениджърите с възмущение говорят за безобразията, от тяхна гледна точка, на персонала: хората не работят ефективно и качествено, не изпълняват дадените нареждания и указания, не спазват срокове, проявяват безотговорност и т.н. Задава се въпроса как да се създаде у работниците отговорно отношение към работата, по какъв начин да бъдат привлечени и заинтересовани от целите и задачите на фирмената дейност. Тези проблеми засягат въпроса за мотивирането на персонала. Въпросите за мотивацията и поведението на личността може да се анализират от различни гледни точки. Мотивацията представлява процес, който възбужда, поддържа и индуцира поведението на човека към определени цели. По този начин мотивацията регулира поведението. Тя може да се разглежда и като готовност да се положи определено усилие, за да се достигне поставена цел. В този аспект мотивите водят до действие, удовлетворяващо нужди или интереси, подтикват човека към дейност, за да се постигне желан резултат.

Мотивацията се обяснява и с желанието да се задоволят определени нужди, предизвикващи психологическо напрежение, като целта е да се достигне хомеостазът - поддържане на равновесие. Това означава, че мотивите се пораждат и развиват благодарение на усилията на индивида да запази вътрешния си баланс. Посоченото виждане се отнася, както до физиологическото, така и до психическото състояние на индивида. Според теорията на дисонанса на Фестингер, ако човека изпадне в дисонанс в резултат на това, че е подложен на противоречащи си стимули, то той неизбежно се стреми да неутрализира този дисонанс или най-малкото да го редуцира. Когато служителят работи и влага много старание и

усилия, той иска резултатите от неговия труд да бъдат подобаващо оценени - да има равенство между двата стимула. При липса на равенство се поражда вътрешно напрежение, водещо до неудовлетворение от работата и естествено стремеж за редуциране, търсене на ново равновесие, което би удовлетворило човека. В посочения пример, ако за работата си работникът не получава подходящо възнаграждение, то той или ще спре да работи по този начин или ще потърси работа другаде, където възнаграждението ще бъде равностойно на влаганите усилия. На фиг. 10 е представен моделът за действие на мотивацията.

Фиг. 10. Модел на действие на мотивацията.

Всеки стимул поражда у човека вътрешно неравновесие което го подтиква към действие. Той реализира поведение насочено към постигане на целите стремежите или желаните награди. Постигнатите цели намаляват неравновесието у човека, удовлетворяват неговите нужди, с което мотивиращият стимул престава да действа. Според теорията на А. Маслоу в основата на мотивацията стоят потребностите. Когато човек има незадоволени нужди, той се стреми да ги задоволи. Основен принцип в модела е йерархията. Човекът задоволява потребностите си в йерархия, като всяка задоволена потребност престава да бъде мотивиращ фактор.

Другата теория, която третира потребностите като мотивиращ фактор е теорията на Ф. Херцберг. Херцберг смята, че факторите които влияят върху

удовлетвореността от работата са предимно мотивационните, но прави уговорката, че влиянието на факторите се пречупва през индивидуално - психическите качества на личността. Затова той говори за два типа личности: "търсачи на мотивация" и "търсачи на защита и сигурност". **"Търсачите на мотивация"** са ония, които постигат удовлетвореност предимно от високите постижения, отговорността, професионалното израстване. А **"търсачите на защита и сигурност"** се удовлетворяват по-скоро от условията на работа и заплащането.

К.Левин и Толман разглеждат мотивацията в друг аспект - като израз на комбинацията от два елемента: очакванията за успех от съответния тип поведение при преследване на целта и оценка за това доколко този успех е значим и ценен за индивида.

При определяне на поведението се задават три въпроса:

1. Каква е вероятността това действие да доведе до даден резултат? Този елемент отговаря на очакванията на индивида.
2. Полученият резултат ще доведе ли и до други облаги? Оценява се връзката между даден потенциален резултат (например повишаване в службата) и друг желан и ценен резултат (пари или отговорност).
3. Доколко ценни са страничните ефекти? Този компонент се отнася до степента на привлекателност или отблъскване, притежавана от психологическите елементи в околната среда.

Портър и Лолър посочват друг модел за мотивацията в поведението, който включва следните елементи:

• стойност на наградата - отнася се до привлекателността на различните резултати за човека и доколко наградата носи удовлетвореност;
• възприеманото усилие - отнася се до субективната преценка на индивида за това доколко увеличението на усилията ще доведе до придобиване на някаква ценна награда;
• усилие - изразходвана енергия;
• способности и качества - условие в мотивацията на индивида са притежаваните лични качества, интелигентност, психомоторни умения. Те определят границите за представяне;
• ролево възприемане - възприятието на индивида за успешно представяне в дадена дейност. Фактор свързан с определянето на дължимите усилия при всяко представяне;
• представяне - ниво на постигнатото като комбинация от усилията, способностите, качествата и ролевото възприятие;
• вътрешни награди - вътрешното удовлетворение от добре свършената работа;

• външни награди - периодично представяни от външен източник;
• получени дължими награди - описание на нивото награди, които според човека му се полагат за съответното действие. Определя се от представите доколко той отговаря на изискванията на дейността и от това, доколко добре се е справил;
• удовлетворение - сравнение между това, което той счита за дължима награда и действително получената награда. Колкото по-голяма е положителната разлика, толкова удовлетворението е по-силно и обратно - по-голямата отрицателна разлика води до по-слабо удовлетворение.

Направеният анализ на вижданията относно мотивацията позволява да се спрем на основните моменти свързани с мотивирането на подчинените: личностните предпоставки за мотивиране, потребностите, възнагражденията, привързаността и удовлетвореността към и от работата.

1.8.1 Личностни предпоставки за мотивиране

Същността на мотивирането се изразява в насочване дейността на служителите към постигане целите на организацията. В този процес понякога се срещат психологически проблеми, произтичащи от непознаването на индивидуалните възможности на хората и силата на тяхната мотивация.

На първо място мотивацията се свързва с индивидуалните особености на личността. За подбудителна сила на мотивацията и постигане на позитивни резултати може да се говори само при съчетание с необходимите способности, качества и професионални умения. В този смисъл формулата на успеха би могла да се изрази така: способности х мотивация = успех.

Мотивацията се активизира, когато се съчетае със способностите. Човекът работи добре при наличието на пригодност и мотивация. Когато пригодността е малка, а мотивацията голяма, не могат да се очакват големи постижения от труда. При голяма пригодност и силна мотивираност, човекът постига много и е в състояние да изпита удовлетвореност от своя труд. Върху равнището на мотивацията оказват влияние различни причини. Например, хора, които дълго време са били безработни, могат да са задържали своите потребности на най-ниско ниво на йерархията на Маслоу. Докато не получат условия на работа, които ги удовлетворяват, те не се интересуват от уважение, престиж, себеосъществяване. Такива хора могат да бъдат окуражавани и обучавани, за да бъдат стимулирани да разгърнат потенциала си.

Друг тип хора са тези, на които им липсва увереност. Те не могат да си вършат работата по някаква причина. Нуждаят се от повече обучение, подкрепа за да започнат да работят ефективно. На тези хора трябва да се осигури достатъчно

информация, да се обясни какво се очаква от тях, какво място заемат в организационната структура. Характера на мотивацията се обуславя и от типологията на личността, от гледна точка на количеството стимули необходими за достигането на оптимално ниво. Интровертите са по-мотивирани, имат по-високо ниво на възбуждане в мозъчната кора, т.е. започват от по- високо мотивационно равнище в сравнение с екстровертите. За да достигнат до оптималното си ниво им е необходима много малко допълнителна стимулация. По тази причина те избягват допълнителни социални контакти, защото всеки допълнителен стимул би довел възбудимостта над оптималното ниво. Екстровертите започват работа с по-слаба мотивация, първоначалното ниво на възбудимост е ниско. Ето защо те търсят допълнителни социални ситуации, обхващат и оползотворяват всички допълнителни стимули, чрез които да достигат до оптималното ниво на мотивираност.

Към личностните предпоставки за мотивиране се отнасят и Аз-ът на личността и неговата самооценка. При определяне на поведението си човекът преценява две неща: вероятността за успех и доколко ценен е този успех. Силно мотивираните към успех и постижение хора се отличават с висока самооценка, вяра във собствените възможности, високо равнище на претенции, със склонност за активно поведение, целенасочена намеса и въздействие върху дейността. От друга страна реализацията на тази активна стратегия за намеса, въздействие, управление дава възможност на личността да разкрие, прояви, своите възможности и съответно да формира една нова по-висока самооценка.

Хората с висока мотивация са склонни да си поставят високи, но изпълними цели. Те се насочват към кариера, която е трудна и представлява предизвикателство за тях, но все пак възможна за изпълнение. Обратно, лица отличаващи се с ниска самооценка, ниско равнище на претенции обикновено предпочитат да заемат изчаквателни позиции, те не вярват и не разчитат на собствените си възможности, затова по-скоро се стремят да се предпазят от евентуален неуспех. Ориентират се към по-леки и достъпни дейности, които няма да доведат до много висок успех, но ще запазят непокътната представа за “Аз” на личността и самоуважението. Обикновено те преживяват психически затруднения и изпадат в стресови ситуации при резки промени в ситуацията. Привързани са към едни и същи условия на работа. Трудно приемат новите идеи, не са високо мотивирани и не могат да разкрият и реализират своите възможности.

Хората с ниска мотивация са склонни да си поставят както по-ниски така и твърде високи цели. Насочват се към по-лесни дейности, които гарантират успех или към много трудни професии, където успехът е по-вероятен от неуспеха. Но

дори и да стигне до неуспех, Азът няма да се нарани, защото е ясно, че условията са трудно изпълними. Възможно е да има и служители, които надценяват способностите си и затова са разтроени, защото се мъчат да постигнат нещо, което не е по силите им (или може би се насилват да правят това поради външен натиск). Докато тези хора не осъзнаят границите на възможностите си, постижението им в работата, самочувствието и мотивацията ще страдат. И така, както ръководителят се стреми да даде възможност на всички служители да разгърнат потенциала си, така трябва да знае, че има служители, които сами не могат да осъзнаят границите на възможностите си. Те също се нуждаят от неговите съвети и напътствия. Интересен е и другият момент, свързан с атрибутивната теория, кой как обяснява причинността в поведението. При разглеждане проблемите на атрибутивната теория беше посочено, че хората оценяват своята работа по това дали са успели или неуспели и реагират емоционално - положително или отрицателно на направената преценка. След това започват да търсят причините за този резултат по три направления: локус на контрола, стабилност и контролируемост. Получените резултати оказват влияние спрямо бъдещите очаквания и постижения.

Хората с по-високо равнище на мотивация разглеждат успехите си като израз на техните възможности, а неуспехите като израз на недостатъчна оценка на ситуацията или на слабите усилия. Обратно, лицата с ниско равнище на мотивация са склонни да приписват успехите на външни фактори като шанс, късмет, а неуспехите на вътрешни - липса на възможности. Затова те не са упорити, настойчиви, лесно се предават, вярват в предопределеността на нещата, в това, че не могат да ги променят. Смята се, че хора които избират предизвикателни дейности и професии в миналото са преживяли силни положителни емоции при успех, който отдават предимно на вътрешни стабилни фактори. Това формира у тях същите очаквания и спрямо новата дейност. Ето защо те са склонни да проявяват постоянство, упоритост, полагат огромни усилия докато доведат нещата до успешен край.

Изследванията на Вайнер показват, че емоциите, които преживява човека и очакванията спрямо бъдещето взети заедно, формират мотивацията за изпълнение на определена дейност. Ето тези проблеми, свързани с качествата, способностите, начина на мислене на хората и тяхната самооценка, с разликите в оценката на причинността в поведението, обуславяща различните подходи към изпълнението на задачата, трябва да се познават от ръководителя.

Потребностите

Основните подбудителни сили на личността, които обуславят нейните мотиви са потребностите. Най-важният стимул и мотив в работата на много хора е възнаграждението. Много от мениджърите заявяват, че нямат проблеми с персонала ако дават високи заплати. Но от факта, че заплатата е силен стимул не следва, че той е единственият. Хората имат и много други потребности, към чието задоволяване се стремят в работата си.

За други най-важният мотив за работа може да бъде възможността за обучение, придобиване на нов опит и квалификация, интересните перспективни възможности. Като водеща потребност в трудовото поведение на хората се очертава и възможността за заемане на висока длъжност, статус, престиж. Възможно е заради длъжностното израстване и наличие на предпоставки да се направи кариера хората да напуснат фирмата, в която работят, и да отидат другаде, дори и да бъдат с по-ниска заплата. Мотивацията се свързва с перспективата, с очакваните възможности за успех, престиж и реализация. Квалифицираните специалисти предимно са мотивирани от съдържанието на работата. Те не се интересуват от статус и пари , не могат да стоят във фирма където работата за тях е безсъдържателна и безинтересна.

Много високо се цени и характера на междуличностните отношения между хората работещи заедно. Това са социални мотиви, свързани с потребността от принадлежност, които подбуждат личността и я карат да се приобщава към групата или организацията. В работата си хората са склонни да търсят контакти, близки приятелски отношения.

Създадените неформални отношения повишават удовлетвореността от работата и карат хората да пожертват другите видове мотиви. Цялата тази система на мотивация, основаваща се на подбудителната сила на потребностите е необходимо да се познава и максимално ефективно използва при мотивирането. Мотивирането е нетрайно, понякога трудно за разбиране и поддържане. Във всеки момент мотивите могат да се изменят и тогава цялата система за мотивация трябва да бъде променена.

Възнагражденията

Действието на мотивацията може да се анализира и от гледна точка на очакваните възнаграждения (заплата, статус, престиж, поощрения, порицания, допълнителни награди). При разглеждане същността на мотивацията се посочва, че факторите които подбуждат човека към действие могат да се разглеждат като формирани “отвътре - навън” и “отвън - навътре” В първия случай говорим за

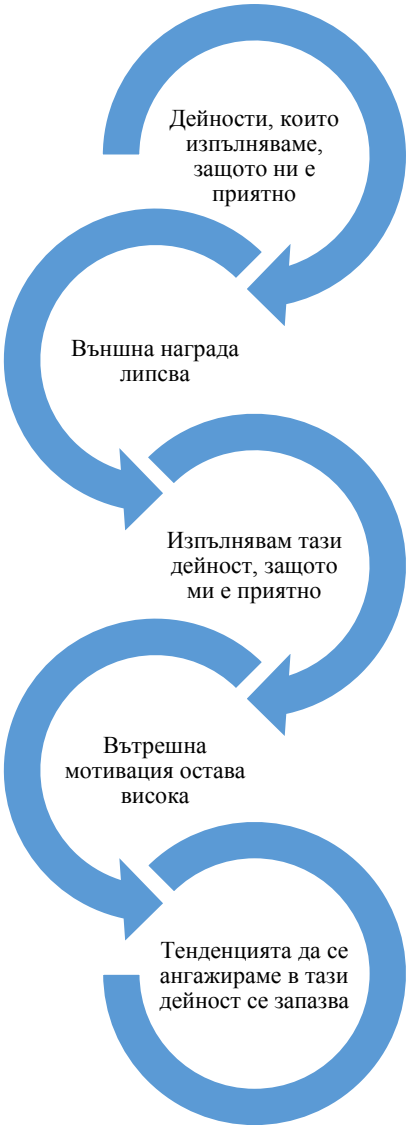
вътрешна мотивация, мотивът се свързва с психологическата същност на личността и е израз на нейните потребности, желания, емоции, интереси и т.н. Във втория вариант мотивацията засяга поведенческия избор. Мотивът възниква като външен стимул, формиращ насочеността на поведението и целите на личността. Във взаимодействието между вътрешната и външна мотивация се очертава зона на взаимното влияние, където мотивацията е най-силна - това е зоната на допирните точки между двете, кога има взаимодействие и влияние между потребности, мотиви, интереси и външните обективни обстоятелства.

В същия аспект могат да се разглеждат и преследваните награди. Поведението на индивида може да бъде външно мотивирано от желанието за външни награди - пари, похвала, одобрение, или вътрешно мотивирано от вътрешни награди - удоволствието или удовлетвореността от работата. В повечето случаи поведението е комбинация от двата вида мотивация, защото в работата си човек преследва много и различни мотиви.

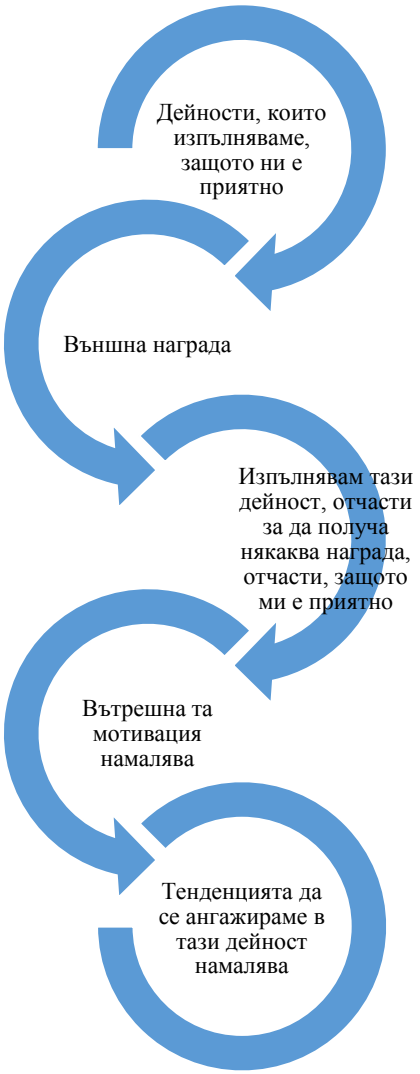
Хората реагират по различен начин на получените възнаграждения. Формите на награда могат да бъдат най-различни: вербални (похвали насърчения); физически (докосване, потупване, прегръдки); невербални (усмихване, намигване, поглед); символни (заплащане, повишение статус).

Наградите трябва да се съобразяват и с конкретната задача и положените усилия. Изследванията показват, че хората изпитват по-малко удовлетворение ако получат награда, несъответстваща на вложените усилия, дори и в случаите, когато наградата е по-голяма от очакваната. Наградата не трябва да нарушава баланса между вътрешната и външна мотивация, между външния стимул и вътрешната удовлетвореност. Човекът е в състояние да върши много неща, ръководейки се не от външните награди, а заради изпитаното вътрешно удоволствие. В тези случаи мотивацията остава висока през цялото време и тенденцията да се продължи с изпълнението на желаната дейност остава. Във втория случай, когато човекът изпълнява приятни дейности и за това получава външна награда настъпват промени в Аз- перцепцията. Човекът започва да мисли, че изпълнява тази дейност отчасти, защото му е приятно, и отчасти, заради получената награда. Това води до снижаване нивото на мотивация и тенденцията за ангажиране с дейността намалява. Когато вътрешната награда за изпълнение на една задача се намали или започне да се заменя с външни награди, качеството на изпълнение спада, нагласата на човека става по-малко положителна. е представен на фиг. 11 и 12.

Фиг. 11. Моделът за действие на наградите при липса на външна награда.



Фиг. 12. Моделът за действие на наградите при наличие на външна награда.



По-късните изследвания на влиянието на външните и вътрешните награди върху поведението обръщат внимание на нови фактори, свързани с мотивацията. Правят се следните изводи:

• Мотивацията може да се засили, а не да намалее, ако външните награди се предлагат като израз на компетентност, а не на "подкуп".

• Дори и в случаите, когато външните награди се приемат като "подкуп", е възможно да се избегне намаляването на вътрешната мотивация, чрез намиране на подходящи средства за противодействие на преживяваните отрицателни чувства.

• В случаите, когато външните награди са достатъчно големи и удовлетворяващи, могат да започнат да поддържат, а не да намаляват вътрешната мотивация. При изследване на проблемите на оптимизацията на дейността чрез наградите,

одобренията и поощренията се установява зависимост между степента на стимулация и ефективността на дейността. Наградите стимулират дейността до определен момент, след което ефективността на дейността спада. Много високите поощрения предизвикват емоционални реакции, които забавят изпълнението на задачите. При лека задача силното поощрение също не води до по-ефективна дейност.

Мотивиращото въздействие на наградите се свързва и с уменията на мениджърите и с някои изисквания, отнасящи се до следното:

• При даването на награди трябва да съществува елемент на неподправеност, човека да я възприема като искрена оценка за своята работа. За тази цел е подходящо използването както на вербални така и на невербални средства за комуникация. Важно е това което се казва и начина по който се казва. В противен случай наградата може да се възприеме като ирония, сарказъм и ще окаже отрицателно въздействие.

• Наградата има за цел да насърчи определено поведение, т.е. тя винаги трябва да е конкретна и да се дава за конкретно изпълнение.

• Важен е и въпроса за честотата на наградите. Възможни са четири варианта при даването на награди:

- фиксиран интервал. Наградата се дава след точно определен период от време. Забелязва се, че веднага след даване на наградата хората забавят темпа на работа и го увеличават при наближаване на времето за следващото подкрепление.
- променлив интервал. Времето, през което се дават награди, не е точно фиксирано. Тъй като хората не знаят кога ще бъдат подкрепени, поддържат реакции с постоянна честота - фиксирано отношение. Наградата се дава след определен брой реакции. Мотивацията е насочена към това хората да продължават да реализират това поведение.
- променливо отношение. Наградата се дава след не фиксиран брой реакции. Хората реагират със стабилно темпо тъй като не знаят кога ще бъдат възнаградени. Посочените четири варианта показват, че променливите графици дават по-стабилно поведение от фиксираните. В началото може да се използва непрекъснатото поощрение, а след това да се премине към фиксираното.

Използването на възнаграждението като средство за мотивиране на хората изисква мениджърът да знае, че значение има не само самата награда, но и начинът, по който тя се поднася. Ако наградата се поднася като израз на контрол върху поведението, мотивацията се потиска, тъй като хората не виждат връзката между положените усилия и постигнатите резултати. Ако тя се поднася като израз на висока оценка на работата и личността, мотивацията се усилва. Всеки е

чувствителен по отношение на оценката която се дава на неговата работа и ако тя съответства на очакванията, то тя го мотивира към още по-високи постижения.

1.8.2 Удовлетворение от работата

За да успее организацията трябва да разчита на уменията, способностите, усилията на хората работещи в нея, на човешкия потенциал. Ако организацията и мениджърът не успеят да мотивират човешки ресурси, то работата няма да бъде достатъчно ефективна. Необходимата за фирмата мотивация може да се постигне и чрез привързаността и удовлетвореността на хората от мястото, където работят.

Привързаността се изразява в желанието на хората да се ангажират и идентифицират с фирмата, в която работят. Това е вътрешната потребност на хората да са лоялни, да влагат усилия и да се ангажират с определено поведение, което прави тяхната работа достатъчно ефективна. От друга страна привързаността не може да се разглежда само като резултат от потребностите на индивида от обвързаност и идентификация. Тя се свързва и с външните стимули - възнаграждения, социални норми, ценности, фирмена култура, междуличностни отношения и др., чрез които ръководителят може да влияе.

Привързаността към организацията е израз и на афектната реакция на хората по отношение на трудовата ситуация, която привлича. Отнася се до факта, че те приемат целите на организацията и са готови да положат всички необходими усилия за постигане на тези цели и поддържане на членството си в организацията. Това е силен мотивиращ фактор по отношение на поведението на подчинените.

Възможностите за влияние върху привързаността могат да се разглеждат в две насоки: организационни и личностни. Към организационните се отнасят: заплащането, възможността за развитие и повишение, съдържанието на труда, организационната структура, типа използвана власт и т.н. Към личностните се отнасят: пол, възраст, образование, потребности, цели, интереси, ценности, очаквания и т.н.

Удовлетворението от работата се състои от чувствата и нагласите, които човекът има към собствената си работа. Всички аспекти на работата, която върши допринасят за развитие на чувството за удовлетвореност или неудовлетвореност. За изследване на удовлетвореността от работата се очертават два подхода – глобален и подхода на аспектите. Първият, глобалният, отчита цялостното удовлетворение. Този начин на разглеждане на удовлетворението от работата показва дали служителят е удовлетворен като цяло от работата. Вторият, подходът на аспектите, приема, че удовлетворението е съставено от чувства и нагласи към отделни елементи на работата. Например: удовлетворение от заплащането, от

самия тип работа, работните условия, политиката на компанията, отношенията с работниците, възможностите за издигане и израстване.

Съществуват дискусии по въпроса кой от подходите е по-добър. Защитниците на глобалния подход твърдят, че е важно цялостното удовлетворение. От друга страна, привържениците на подхода на аспектите твърдят, че той осигурява по-добри, по-детайлни оценки на удовлетвореността. Психологическите изследвания показват, че по- често се използва подхода на аспектите при измерване на удовлетвореността.

Върху удовлетвореността на работниците влияние оказват и някои личностни характеристики. Дори да се организира едно „идеално работно място", едва ли ще доведе до високи нива на удовлетвореност при всички работници. Например:

- Работници със склонност към самота, изолация, безсилие не се влияят толкова силно от интервенции, целящи да засилят удовлетвореността от работата, както работници непритежаващи, или притежаващи в по-слаба степен такива личностни характеристики.
- Работници с ниска самооценка откриват по-голямо удоволствие на работни места, при които има ясни насоки за изпълнение. При работници с по-висока самооценка това влияние не е толкова силно за тях, удовлетворението се свърза с това, което могат да постигнат и при какви условия са най-способни да го постигнат.
- Въпреки, че има много фактори, които допринасят за удовлетворението от работата връзката между тези фактори не винаги е директна. Това е така, защото различните работници могат да възприемат една и съща длъжност по различен начин, тези индивидуални възприятия определят дали служителят ще е удовлетворен или не. Например, подобряването на работната среда може да влияе върху удовлетворението на някои работници, но не и на други, защото не всеки е неудовлетворен от средата.

Тези примери показват, че удовлетворението от работата може да не е изцяло детерминирано от характеристиките на организацията или работата. Макар, че мениджърите трябва да осигуряват среда, в която работниците да задоволяват своите потребности, това не означава, че всеки работник ще постигне едно и също ниво на удовлетворение. Удовлетвореността от работата възниква, когато са задоволени три основни групи потребности: икономически, свързани с личностното развитие и социални.

Удовлетвореността се свързва и с формирането и поддържането на желани формални и неформални отношения между хората работещи заедно. Добрите отношения в работата са източник на социална подкрепа, правят хората по-малко

тревожни, по-малко подтиснати, което естествено влияе върху характера на работата. Наличието на удовлетвореност мотивира личността към по-високи успехи.

В последните години изследователите на проблемите свързани с удовлетвореността от работата развиват идеята за организационно гражданско поведение на сътрудниците. То се състои в усилията на членовете на организацията да подпомагат организацията, нейния имидж и цели. Удовлетворението от работата, както и мотивиращите характеристики на работата се комбинират, за да способстват за създаването на организационно гражданско поведение. Типове организационно гражданско поведение са:

Подпомагащо поведение – доброволно оказване на помощ на другите при свързани с работата проблеми, оказване на помощ за предотвратяването на появата на проблеми, поддържането на мира, управлението на конфликтите.

Спортсменство – поддържане на положителна нагласа пред лицето на предизвикателства и проблеми, толериране на неудобствата и допълнителната работа, жертване на личните интереси в името на групата.

Лоялност към организацията – рекламиране на организацията пред външни лица, защитаване на организацията от външни заплахи, поддържане на отдадеността на организацията, дори и при неблагоприятни условия.

Организационно подчинение - приемане и придържане към правилата и процедурите на организацията, пестене на време.

Индивидуална инициатива – доброволно поемане на допълнителни задължения, проявяване на творчество и новаторство в работата, насърчаване на другите да дадат най- доброто от себе си, надскачане на формалните задължения от работа.

Граждански добродетели – участие в управлението на организацията, грижи за организацията, поддържане на информираността си за онова, което организацията прави.

Самоусъвършенстване – доброволна работа за осъвременявания на собствените познания и умения, усвояване на нови умения, които ще помогнат на организацията.

II Глава. Цел, задачи и методика на проучването

Целта на изследванията е да се анализират съществуващите практики на лидерските качества на ръководството и нуждата от мотивационни елементи сред служителите за постигане на оптимални възможности за интегриране на мениджмънт и маркетинг на човешките ресурси в болнично заведение за постигане на максимална ефективност.

В така формулираната цел на дисертационния труд са заложени следните задачи:

1. Анализ на маркетинговите политики и инструменти в областта на здравеопазването, болничното управление и възможностите за прилагането им в областта на болничния мениджмънт и мениджмънт на човешките ресурси.
2. Проучване и анализ на ключовите лидерски компетентности в сферата на здравеопазването и на теоретичните подходи за моделиране на ефективни мениджърски решения на базата на проведени проучвания.
3. Анализ на данните от проучването между медицинските специалисти в МК Доверие относно необходимостта от по-широко използване на маркетинговите инструменти и прилагането на успешни лидерски компетенции в управлението на болницата.
4. Анализ на възможностите и влиянията на мотивационните елементи в управлението и маркетнга на човешките ресурси сред служителите на МК Доверие.
5. Разработване на изводи и препоръки.

Целта на проучването е да докаже нарасналата потребност от маркетингов подход в успешното лидерско управление на болницата като фактор за повишаване качеството на медицинската помощ и по-успешното реализиране на целите чрез персонализирани политики на човешките ресурси

Основното проучване сред медицинските специалисти в дисертационния труд е проведено в периода януари – декември 2016 г. Анкетирани са 100 медицински специалисти и служители в лечебното заведение.

Използвани са следните методи в дисертационния труд:

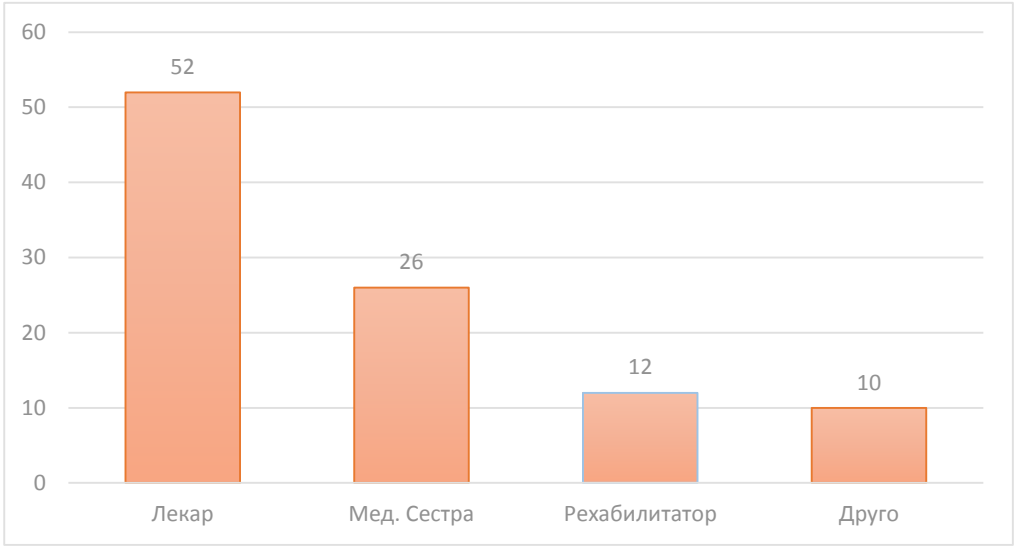
1. сравнителен анализ - анализ на маркетинговите политики и инструменти в чуждестранната литература, както и на маркетинга в здравеопазването и по-конкретно на болничния маркетинг.
2. социологически методи:
    a. документален метод;
    b. анкетен метод (анонимна анкета);
    c. мета-анализ – за изясняване на терминологични въпроси на съвременните подходи към маркетинговата проблематика.
3. статистически методи:
    a. анализ на честотни количествени и категорийни разпределения;
    b. описателни методи: честотен анализ на качествени и количествени променливи;
    c. графичен анализ.

III Глава. Анализ на данните от проучването мнението на медицинските специалисти

Проучването е проведено сред 100 медицински специалисти в „МЕДИЦИНСКИ КОМПЛЕКС ДОВЕРИЕ“ в София. Анкетираните работят в различни отделния на болницата и имат пряко отношение към дейностите, политиката и изграждането на работеща маркетинг-мениджмънт стратегия. Те представляват основната група, която предоставя медицинските услуги на пациентите и са преносителите на фирмената култура на организацията.

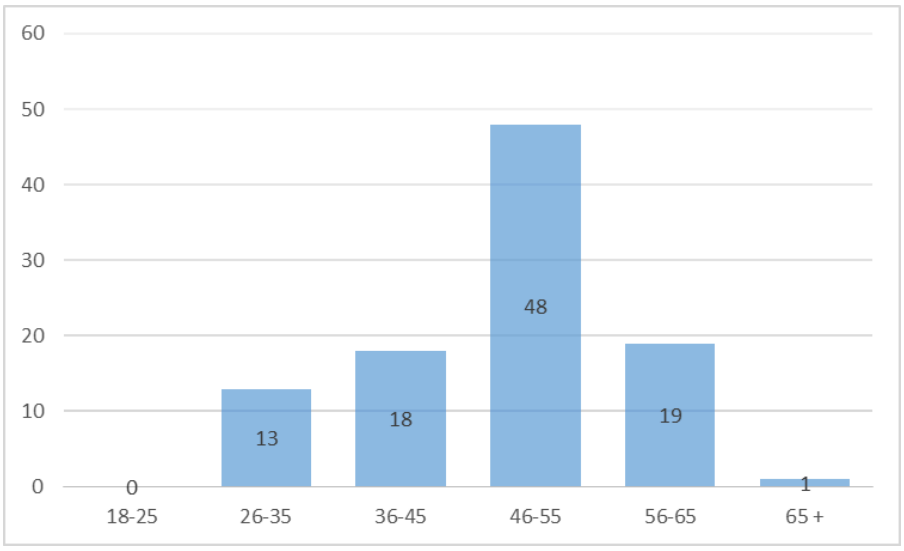
Анкетираните имат пряко отношение към проблематиката на дисертационния труд. Разпределението по професия на респондентите е следното: 52 % от специалистите са лекари, 26 % са медицински сестри, 12 % са са рехабилитатори и 10 % други служители.

Фиг. 13. Професия на анкетираните медицински специалисти.



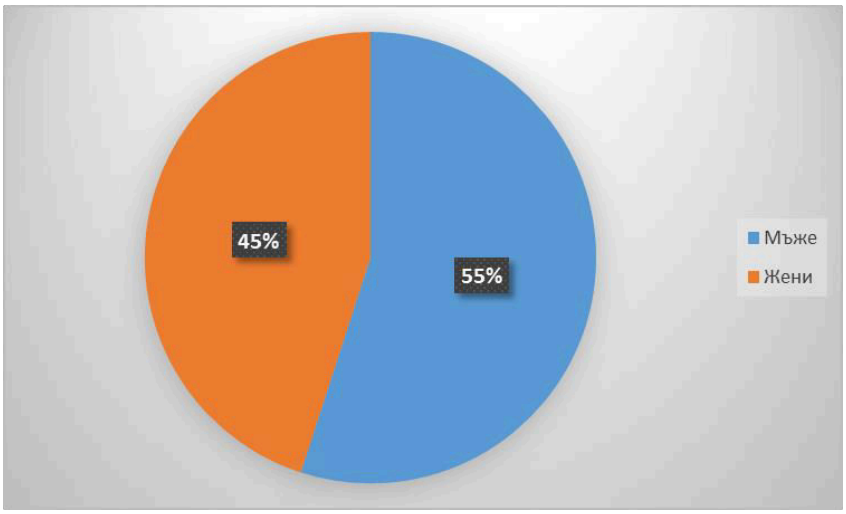
На следващата фигура са показани възрастовите категории на участвалите в проучването служители. Според фигурата 48 % са на възраст от 46-55години, 19 % са на възраст между 56-65, 18 % са на възраст от 36-45, 13 % са на възраст от 26-35 години и 1 % е в групата над 66 годична възраст.

Фиг. 14. Разпределение по възрастови групи.



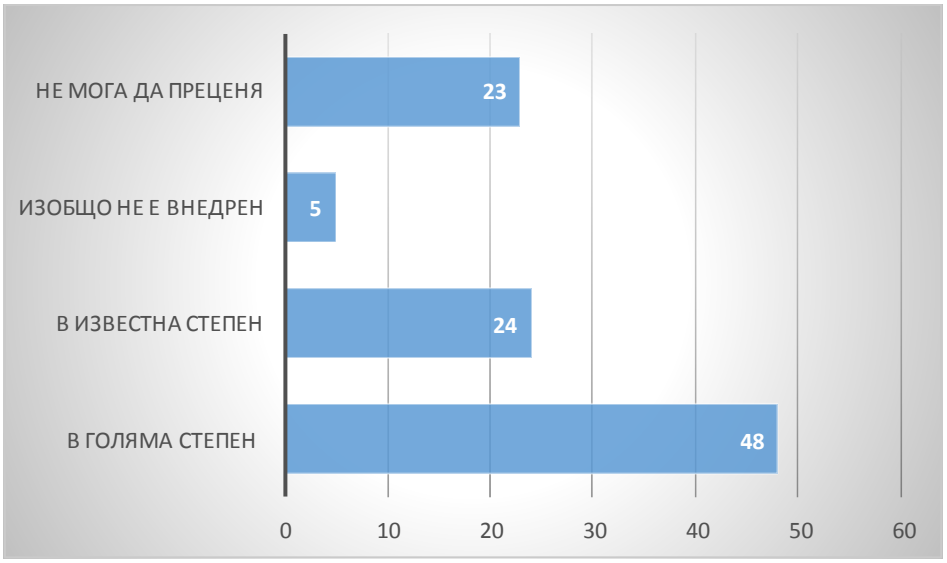
Относно половото разпределение наблюдаваме сравнително равно участие на мъжете и жените в проучването (Фиг. 15).

Фиг. 15. Разпределение на медицинските служители по пол.



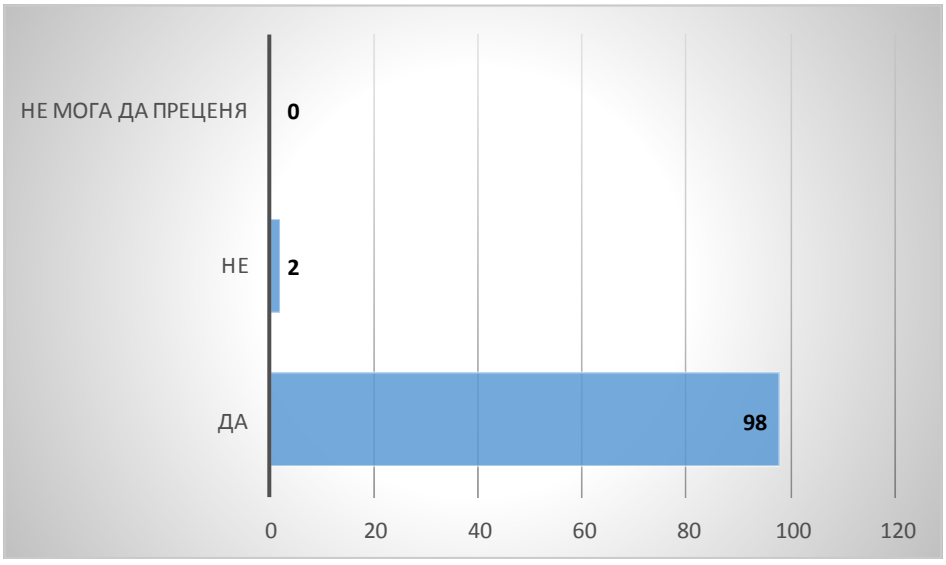
Резултатите от мнението на анкетираните служители на „МК Доверие“ относно степента на внедряване на професионален мениджмънт в управлението на здравната система е показано на фиг. 16. По-голямата част от анкетираните, 48 %, считат, че това е така в голяма степен. Като изобщо невнедрен елемент от управленската култура в здравеопазването посочват 5 %, а 24 % смятат, че е внедрен в известна степен. Едва 5 % не могат да преценят.

Фиг. 16. Мнение на респондентите относно степента на внедряване на професионален мениджмънт в управлението на здравната система.



Запитани за възможността за настъпване на промени в здравното обслужване на населението в България при демонополизиране на системата на здравеопазване, 98 % от служителите категорично са на мнение, че освобождаване на конкуренцията и свободния пазар в здравеопазването, най-вече възможността за избор на осигурителна институция, ще подобрят условията за населението, като потребители на здравни услуги и ще подобрят качеството на работа при медицинските специалисти.

Фиг. 17. Мнение на респондентите относно възможността за настъпване на промяна в здравното обслужване при демонополизиране на здравната система в България.



Най-голяма част от анкетираните смятат, че минималният образователен ценз за заемане на длъжността болничен директор е наличието на образование по медицина плюс магистратура по здравен мениджмънт 64 %, следвани от избралите медицина с призната специалност (32 %). Близки са резултатите на респондентите, които смятат, че е нужна икономика или право с квалификационен курс по здравен мениджмънт (23%) и икономика или право плюс магистратура по здравен мениджмънт (28%). Всеки двадесети от анкетираните е на мнение, че е достатъчна магистратура по здравен мениджмънт.

Фиг. 18. Мнение на респондентите относно минимално ниво на образование, необходимо за заемане на длъжност болничен директор.

На следващата таблица са посочени данните от проучването, касаещи степента на значимост на лидерските компетентности, нужни на един мениджър в сферата на здравеопазването. Понятието „компетентност" въвежда Р. Бояцис,[69] като твърди, че отличителна черта на успешния мениджър е оценката на сбор от критерии (а не оценката само на един критерий). В тази група са включени: лични качества, мотиви, опит и поведенчески характеристики. Освен това повишаването на квалификацията води до повишаване компетентността и развива висококомпетентни мениджъри. На базата на проведени изследвания той

[69] Boyatzis, R. et all., 1993

формулира следните обобщени групи от компетентности, които трябва да притежава съвременният мениджър:

- цел и ръководна дейност;
- управление на колеги;
- управление на човешки ресурси;
- лидерство.

За да придобият управленски компетентности, мениджърите трябва да натрупат известен практически опит. Способностите, знанията и личните качества са присъщи на мениджърите още при започването на управленската кариера.

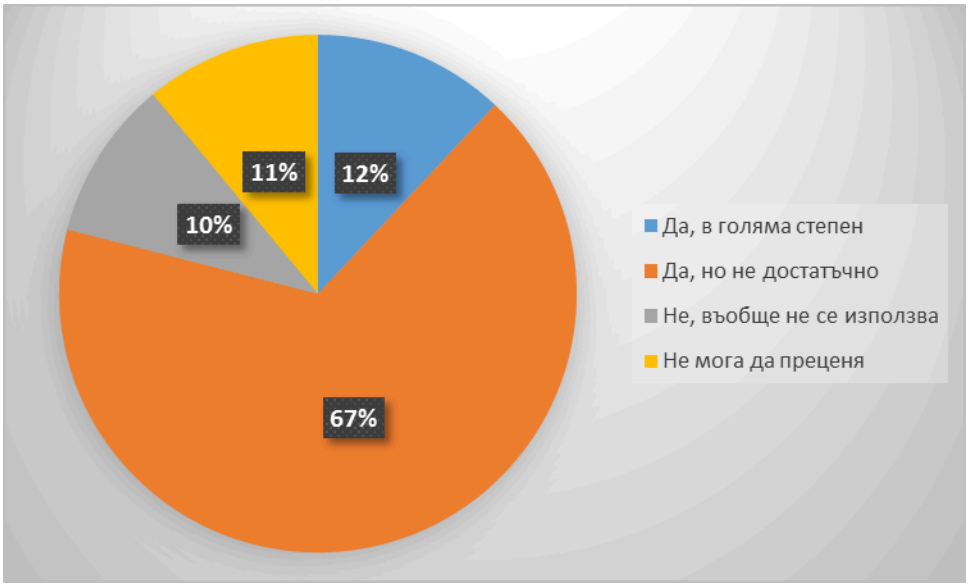
В тази връзка на табл. 4 са показани резултатите от получените данни от изследването. Най-значителен процент от респондентите (76 %) определят като много значими факторите „Лична организационна ефективност“ и „Стил на лидерско действие“. 71 % са на мнение, че това е критерият „Постигане на резултати“. Като значим фактор на първо място е класиран „Лидерство на другите“ (65%), следван от „Лидество на постиженията и на промяната“ (55 %) и на трето място с 28 % са посочили „Постигане на резултати и Самоусъвършенстване“ и „Развитие на личностни качества и умения“. Неутралните респонденти са по-малко от 10 %. От анализа до тук можем категорично да потвърдим високата компетентност на анкетираните служители в „МК Доверие“ относно значимостта на факторите, определящи лидерските компетентности, нужни на един мениджър в сферата на здравеопазването.

Табл. 4. Относителен дял на анкетираните според степента на значимост на лидерските компетентности, нужни на един мениджър в сферата на здравеопазването.

Фактори	**Много значим**	**Значим**	**Неутрален**	**Малко значим**	**Незначим**
Самоусъвършенстване и развитие на личностни качества и умения	61%	28%	7%	4%	-
Лична организационна ефективност	76%	22%	2%	-	-
Лидерство на другите	22%	65%	7%	6%	-
Стил на лидерско действие	76%	15%	7%	2%	-
Лидерство на постиженията и на промяната	39%	55%	2%	4%	-
Постигане на резултати	71%	28%	1%	-	-

На въпроса за приложението на маркетингови дейности и инструменти в сферата на болничните услуги, повече от две трети от анкетираните дават положителен отговор, но не смятат, че действията са достатъчни в тази насока. Останалите отговори „Да, в голяма степен“, „Не, въобще не се използват“ и „Не мога да преценя“ са маркирани от по 12%, 10% и 11% от изследваните служители съответно. (Фиг. 19)

Фиг. 19. Прилагане на маркетинга в болничния сектор в България.



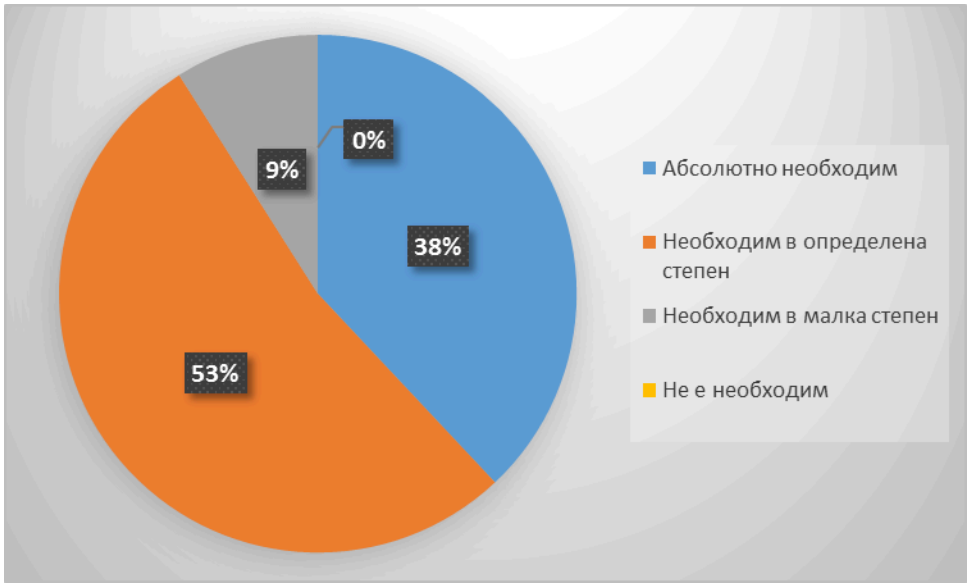
На следващата таблица са представени резултатите на въвеждащите в същинската част на анкетата въпроси относно виждането на служителите по отношение на впечатлението им за структурата, в която работят, административния прием на пациентите и грижата към тях. Общото мнение сред служителите е силно позитивно. 85% от служителите определят цялостното си впечатление за болницата като много добро. Административният прием на пациентите в лечебното заведение в лицето на дружелюбност на персонала и съдействие при попълване на документи за прием в болницата е съответно 73% и 74%. По-ниски са резултатите, определени като много добри, отнасящи се до дружелюбността на медицинския персонал като част от грижите към пациента и подадената информация за протичане на дневните манипулации, съответно 63% и 64%. Около една десета от участниците в проучването определят административния прием като приемлив. Няма дадена лоша оценка на тези въпроси.

Табл. 5. Относителен дял на анкетираните служители относно мнението им за лечебното заведение и отношението към пациентите.

Критерий	**Много добро**	**Добро**	**Приемливо**	**Лошо**
Цялостна впечатление за болницата	85%	6%	9%	-
Дружелюбност на персонала (административен прием)	73%	15%	12%	-
Съдействие при попълване на документи за прием в болницата (административен прием)	74%	15%	11%	-
Дружелюбност на медицинския персонал (грижа към пациентите)	63%	30%	7%	-
Информация за протичане на дневните манипулации като визитация, свиждания, изследвания и др.(грижа към пациентите)	64%	34%	2%	-

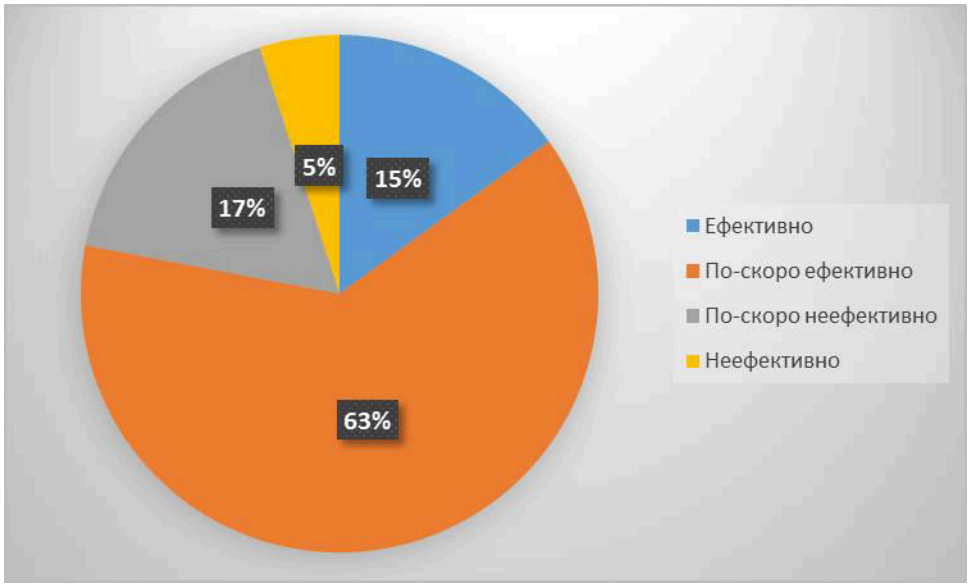
При внедряване на маркетингова стратегия, първата стъпка, която трябва да се премине е осъзнаването, че е нужна промяна. Ако служителите на една организация са готови да променят част от процедурите в работата си, отношението към клиентите (респ. пациентите), това означава, че те биха могли да приемат нов маркетингов подход в работата си. Този въпрос се изяснява след анализиране на резултатите на въпроса до колко е необходим маркетингов подход в управлението на една болница. Повече от половината анкетирани (53%) отговарят, че той е необходим в определена степен. 38% са на мнение, че е абсолютно необходим. Като извод можем да кажем, че персоналът на „МК Доверие“ е склонен да промени начина си на работа до известна степен.

Фиг. 20. Необходимост от маркетингов подход в управлението на една болница.



На въпроса за преценката на респондентите относно ефективността на използване на маркетинговите политики и концепции в „МК Доверие“ преобладава мнението, че те се прилагат по-скоро ефективно (63%). Ефективно имплементиране разпознават 15 % от служителите. Почти една пета от служителите не смятат, че е достатъчно прилагането на маркетинговите програми.

Фиг. 21. Степен на ефективност при използване възможностите на маркетинговите политики в дейността на „МК Доверие“.

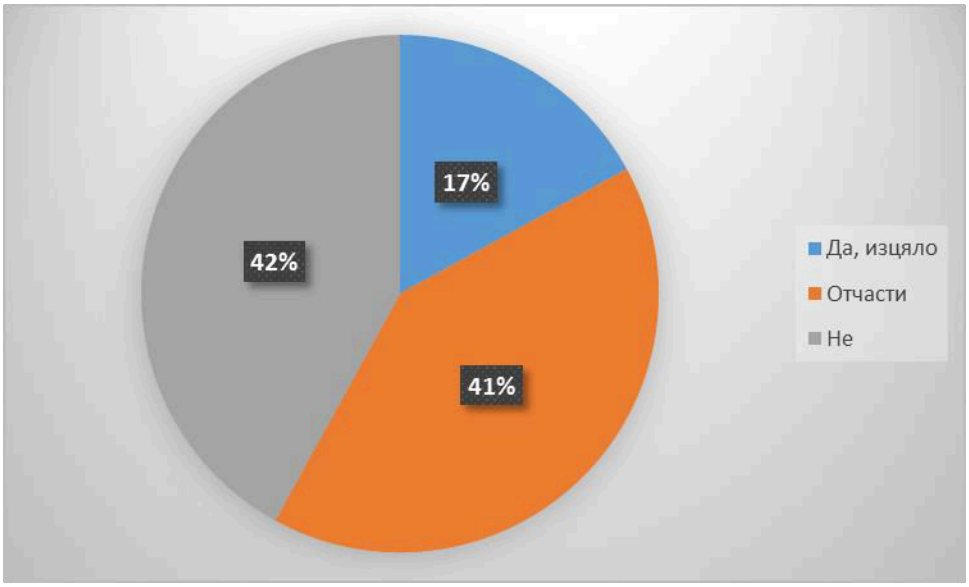


По-голямата част от служителите на „МК Доверие“ смятат, че съществуват потребности от медицинска помощ, които понастоящем не са обект на тяхната работа, но в бъдеще биха могли да бъдат предлагани (Фиг. 22). Мнението на 8% от тях е, че те са в значителен обем, а 72 % припознават възможни допълнителни услуги в ограничен обем.

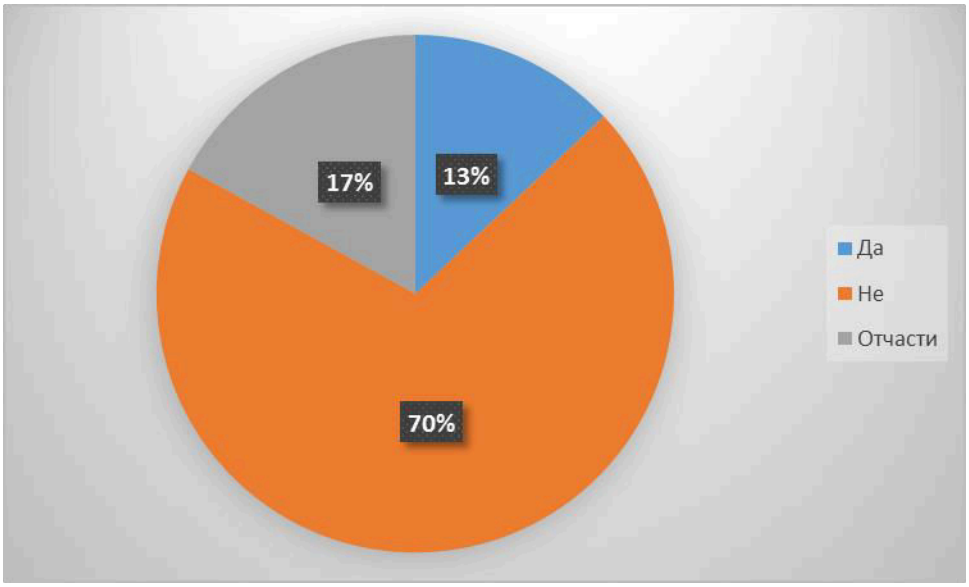
Фиг. 22. Разпределение на служителите според виждането им за съществуващи неудовлетворени потребности в болничното заведение.

При организации, предлагащи услуги, се касае за пряк контакт на служителите с клиентите (респ. пациентите). От голямо значение е обратната връзка на пациентите към лекарите и обслужващите специалисти и служители, както и ефективна информационна верига от служителите към ръководството на болницата, т. нар. Bottom-up design. Това означава, че маркетинговата стратегия на болницата се базира и на отделни функции, елементи, модули (процедури, изделия, подходи, допълнителни медицински или административни услуги), които цялостно изграждат маркетингова програма. На въпроса дали служителите имат възможност да участват в разработването на маркетингови прогнози за бъдеща дейност, 17% отговарят с положителен отговор (Фиг. 23). 41 % определят условията за нецялостни, а 42 % не се характеризират като част от тях. На фиг. 24 се потвърждава мнението на респондентите, като 70 % от тях не считат, че взимат пряко решение за маркетингови дейности в лечебното заведение. Отчасти като част от процеса се определят 17 %, а 13% участват пряко при взимането на решение.

Фиг. 23. Мнение на анкетираните служители за наличието на условия за разработване на маркетингови прогнози за бъдеща дейност.



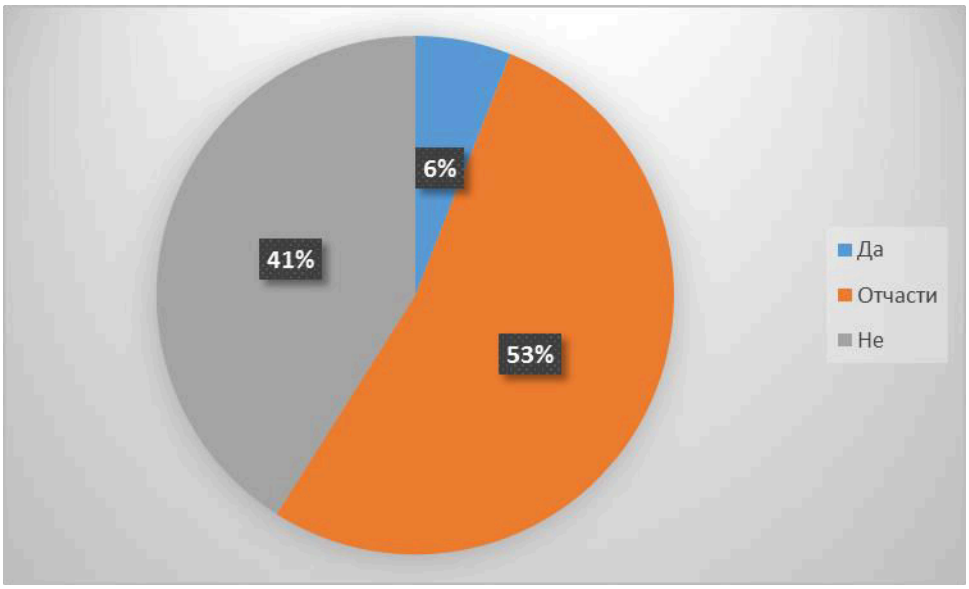
Фиг. 24. Пряко участие в решения, касаещи маркетингови дейности в „МК Доверие“.



Здравеопазването е един от най-динамичните и бързо променящи се пазари. При изготвянето на маркетингова стратегия на организацията задължителен елемент от анализа на пазара е следенето на конкуренцията, новостите и иновациите на пазара. На въпроса дали използват конкурентен анализ в дейността си, анкетираните служители на „МК Доверие“ едва 6 % отговарят с положителен

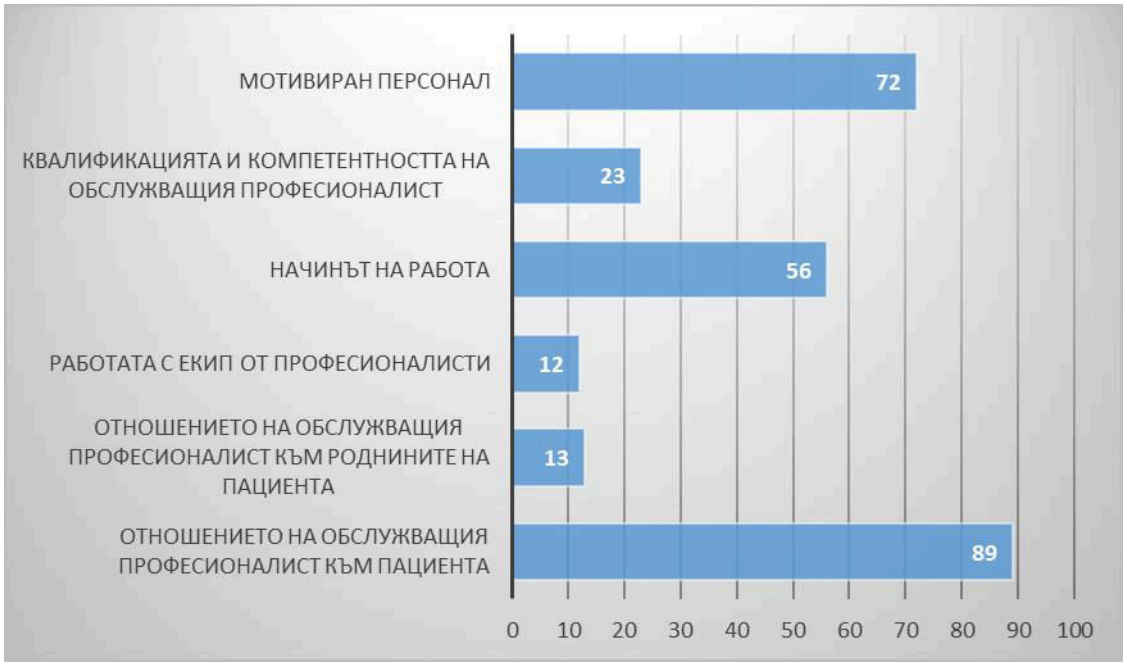
отговор (Фиг. 25). Информация за конкурентни структури и услуги имат отчасти 53 %, а 41 % не използват конкурентен анализ.

Фиг. 25. Прилагане на конкурентен анализ в дейността на анкетираните служители.



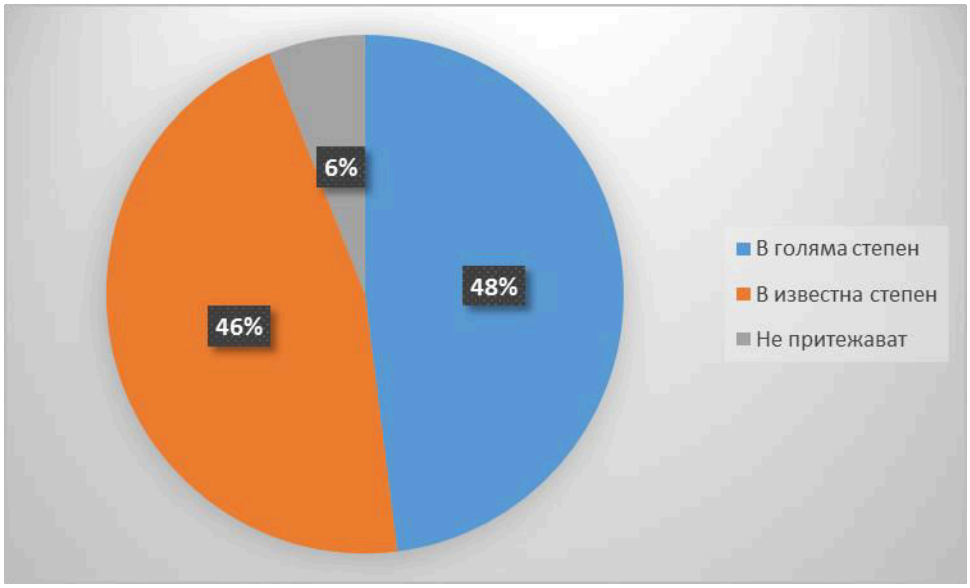
Удовлетвореността на пациентите е един от най-важните критерии за оценката на дадено лечебно заведение и работата на медицинските специалисти. По тази причина попитахме служителите, какво влияе на тази преценка (Фиг. 26). Най-голям процент – 89 – смятат, че това е отношението на обслужващия професионлаист към пациента. 72 % са на мнение, че мотивиран персонал предоставя по-добра услуга и съответно пациентът е по-доволен. Малко повече от половината (56 %) определят начина на работа като един от съществените фактори, влияещи на удовлетвореността на пациентите. Отношението на обслужващия професионалист към родните на пациента и работата в екип от професионалисти са посочени от най-малко респонденти, именно 13% и 12 %.

Фиг. 26. Мнение на служителите за най-важните фактори, влияещи на удовлетвореността на пациентите.



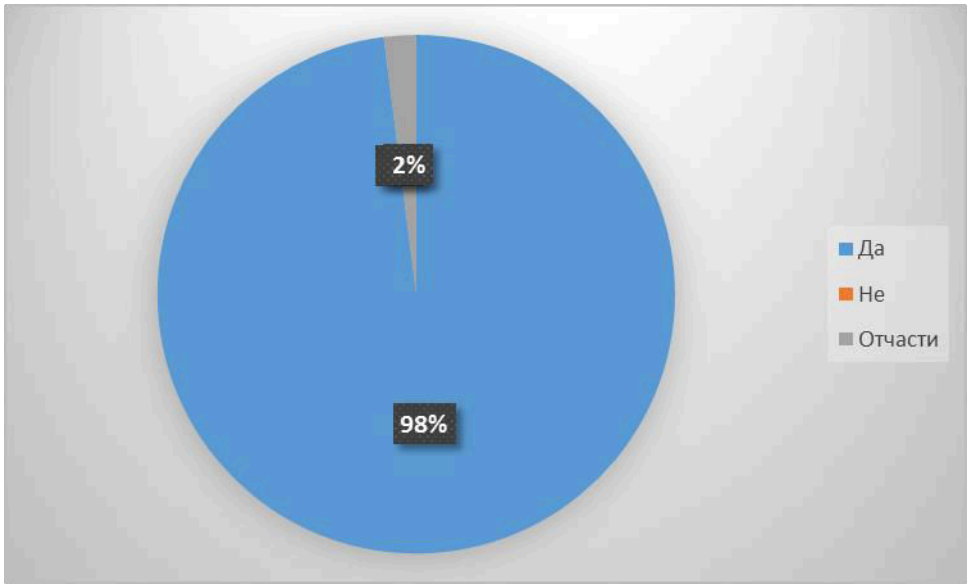
На фиг. 27 е показано разпределението на служителите, засягащо притежанието на лидерски компетентности на ръководния екип на болницата. 48 % смята, че в голяма степен мениджмънтът притежава способности на лидер. 46 % ги определят като непълни, а 6% считат, че не притежават такива.

Фиг. 27. Мнение на служителите относно лидерските компетентности на ръководния екип на „МК Доверие“.



Наличието на лидерски компетентности и тяхното влияние като елемент от мотивационната политика на служителите определят 98 % от респондентите. Само 2 % считат, че наличието на такива качества влияе отчасти.

Фиг. 28. Мнение на служителите относно влиянието на лидерските компетентности на ръководния екип върху мотивацията на служителите.



Управлението на лечебно заведение изисква висока компетентност на здравния мениджър във всяка област. Нужни са познания в дълбочина и широк мироглед, както и богата обща култура. Всички тези качества и умения се постигат най-вече по пътя на образованието. Без добър мениджмънт дейността на организацията би станала хаотична и това би застрашило нейното съществуване.

Според В. Борисов, З. Глутникова и Ц. Воденичаров всеки мениджър следва да има развити следните типове умения:

1. *Концепционни* - умения за обосноваване и разработване на концепции за управлението и развитието на управляваната система. Тези умения се основават върху наличието на компетентни професионално-управленски виждания. Може да се каже, че мениджър без виждане е нискоефективен посредствен администратор.
2. *Комуникационни* - за междуличностни отношения и социални контакти в процеса на управлението.
3. *Технически* - работа с документация, организиране и провеждане на съвещания, работа с компютър, анализ на статистическа информация.

4. *Екипна дейност* - умения за подбор и развитие на управленския екип, чрез който мениджърът осъществява управленските си функции.

Относно мнението на анкетираните служители на „МК Доверие“ за степента на значимост на всяко умение, което трябва да притежава мениджърът на здравно заведение, за да се справя максимално добре с работата си, за много значимо умение респондентите посочват „Продуктивност и действеност“ (93%), „Поемането на отговорност“ (91%), следвано от „Работата в екип“ – 86%, „Определянето на цели“ (86%) и „Планиране и организиране“ (81%). Голям относителен дял на служители са посочили като умения с голяма значимост „Показаване на съпричастност“ (73%), „Използване на технологии“ (54%) и „Желание за промяна“ (48 %). Като неутрално 58 % от анкетираните са посочили „Писмената комуникация“. Резултатите потвърждават тезата, че ръководството трябва да притежава комплексни умения за справяне отлично с работата си като ръководители. Резултатите са представени на таблица 6.

Табл. 6. Разпределение на анкетираните според степента на значимост на всяко умение, което трябва да притежава мениджър на лечебно заведение, за да се справя максимално добре с работата си като ръководител.

Умения	**Много значимо**	**Значимо**	**Неутрален**	**Малко значимо**	**Незначимо**
Работа в екип	86	14	-	-	-
Самодисциплина	53	28	19	-	-
Планиране и организиране	81	19	-	-	-
Увереност	59	28	10	3	-
Обективност и безпристрастност	72	26	1	1	-
Определяне на цели	86	11	2	-	1
Гъвкавост	57	39	-	3	1
Лидерство, убеждаване и оказване на влияние	58	39	2	-	1
Анализ на данни	66	49	17	-	-
Компетенции в сферата на маркетинга	36	47	14	2	1
Инициативност	73	24	3	-	-
Умения за комуникация	72	26	2	-	-
Показване на	14	73	2	11	-

съпричастност					
Поемане на отговорност	91	9	-	-	-
Прецизност, внимание към детайлите	43	39	18	-	-
Продуктивност и действеност	93	6	1	-	-
Умения за сътрудничество и подпомагане	63	26	6	5	-
Използване на технологии	35	54	11	-	-
Умения за преговаряне	74	24	1	1	-
Писмена комуникация	26	7	58	9	-
Желание за промяна	52	48	-	-	-

Анализирахме препоръките на служителите към ръководството на „Медицински Комплекс Доверие“ за задълбочаване на познанията в конкретни сфери. На първо място, 39 % са посочили маркетинговите подходи (Табл. 7) Следват препоръки в областта на мениджмънт на качеството (27%), мениджмънт на финансовоте ресурси (24%) и мениджмънт на промяната (23%).

Табл. 7. Разпределение на анкетираните служители относно препоръка за задълбочаване на познания към ръководството на „Медицински Комплекс Доверие“.

Област	**Брой**
Общи принципи на мениджмънта	5
Здравна политика	19
Стратегически мениджмънт	19
Мениджмънт на промяната	23
Мениджмънт на времето	21
Мениджмът на финансовите ресурси	24
Мениджмънт на човешките ресурси	16
Статестически методи и информатика	16

Маркетингови подходи	39
Мениджмънт на качеството	27
Други	2

Оценката на удовлетвореността от характеристиките на труда се използва за определяне факторите, стимулиращи ефективността на служителите. За тази цел попитахме работещите в „МК Доверие“ за тежестта и йерархията на мотивите за труд, което формира степента на удовлетвореност от различните аспекти. Мотивационната комуникация е сред основните функции в ръководната дейност на мениджъра. От нея могат да се направят и важни изводи за уменията и ролите, свързани с дейността му.

На табл. 8 са показани резултатите от проучването на влиянието на всеки фактор-мотиватор върху удовлетвореността от работата на служителите. Анализът е по 5-степенна скала от Ликертов тип, като респондентите отбелязват от 1 - Напълно влияе, 2 - По-скоро влияе, 3 – Неутрален, 4 - По-скоро не влияе до 5 - Напълно не влияе.

Факторите-мотиватори с най-висок относителен дял, които според служителите напълно влияят върху удовлетвореността от работата им са възможността за развитие и израстване в кариерата (81%), следвани от възможност за повишаване на квалификацията (71%) и морално удовлетворение от добре свършената работа (71%). Повече от половината от респондентите се влияят силно и от възможността за участие в управленския процес и вземането на решения в здравното заведение (56%), социалната среда (53%) и професионалната свобода и възможност за инициатива в процеса на работа (51%).

Табл. 8. Разпределение на анкетираните според степента на влиянието на всеки фактор-мотиватор върху удовлетвореността от работата.

Фактори-мотиватори	**Напълно влияе**	**По-скоро влияе**	**Неутрален**	**По-скоро не влияе**	**Напълно не влияе**
Възможност за повишаване на квалификацията	71	24	5	-	-
Възможност за развитие и израстване в кариерата	81	29	-	-	-

Професионална свобода и възможност за инициатива в процеса на работа	43	51	2	-	-
Доход, който осигурява добър стандарт на живот	67	26	7	-	-
Взаимоотношения и възможност за обратна връзка с прекия ръководител	43	43	9	2	3
Справедливост на възнаграждението	63	34	3	-	-
Сигурност на работното място	65	22	11	2	-
Социални придобивки	43	37	19	1	-
Социална среда (отношения с колеги, климат в екипа)	33	53	9	6	5
Предизвикателна и интересна работа	64	36	-	-	-
Възможност за участие в управленския процес и вземането на решения в здравното заведение	29	56	15	-	-
Признание за личните качества и способности от прекия ръководител	49	47	3	1	-
Признание, получено от колегите в екипа	45	33	8	9	5
Морално удовлетворение от добре свършената работа	71	29	-	-	-
Условия на труд (физически условия за работа – оборудване по европейски стандарт, безопасни условия на труд)	51	48	1	-	-
Организация на труда (организация на работния процес в структурата, в която работите).	68	30	2		
Професионален мениджмънт от страна на ръководството	63	30	2	-	5

IV Глава. Приложение на резултати от проучванията в политиката на човешките ресурси

1.1 Мениджмънт на персонала в лечебно заведение

Докато още преди няколко години на първо място стоеше икономическият мениджмънт при ръководството на болнично заведение, в днешно време той се измества от мениджмънт на персонала. Най-голямото предизвикателство обаче представлява намирането на нови (квалифицирани) специалисти и ръководни кадри, личното позициониране като атрактивен работодател и преди всичко задържането на съществуващите служители в организацията.

В контекста на външния мартекинг на персонала първостепенната цел е болницата да предизвика интерес сред потенциални нови служители на конкурентния пазар. За целта трябва да се създаде собствена по възможност индивидуална марка като работодател.[70] С модерни и привлекателни за целевата група маркетингови мерки може да се постигне желан положителен ефект. При подбора на персонал поради липса на желаещи, изискванията за новите работни места често се принизяват. Наличието на по-малък избор обаче не трябва да означава, че не трябва повече да се избира. В много случаи със специфични обяви се привличат подходящи служители и се избират чрез смислени методи за подбор. Когато нов служител е заинтересован и избрал дадена организация, от голямо значение е постигане на интеграция през периода на навлизане в работата. Към това спада освен професионалната също и личната и социалната интеграция. Ясно изразените усилия в чувствителния първоначален период са основна предпоставка за дългосрочна емоционална връзка на (нов) служител към организацията. Също и с индивидуална подкрепа в контекста на развитието на персонала е възможно да се привлекат нови служители и да се задържат старите. Друг аспект представлява уважителното ситуативно или гъвкаво ръководство на служителите, на който модерният мениджмънт и на персонала активно трябва да се посвети. С постоянно нарастващите към всеки ръководен кадър изисквания той трябва да усеща индивидуална подкрепа, за да може да се справи с предизвикателствата. Това може да се случи в рамките на последващо обучение или тренинг. Друга много често надграждаща област е (производственият) мениджмънт в здравеопазването. Когато извън мерките за опазване на здравето се утвърдят допълнителни системи от стимули, които отговарят на потребностите на служителите и те се възприемат като привлекателни, честни и прозрачни, болничното заведение вече е създало добри предпоставки за ефективно привличане на нови служители и същевременно за трайно подобряване на мотивацията и удовлетвореността от работата на наличните служители.

[70] Kuehner o., Siegel N., Karsten K.: Pflege zur Marke machen. Stuttgart: Kohlhammer, 2008

1.2 Маркетинг на персонала – позициониране като атрактивен работодател

Голямата значимост на маркетинга на персонала е продиктувана не само от повишеното търсене на здравни услуги и демографската криза, но и от глобализацията, която в национален план се изразява силно в намаляване на подготвените медицински специалисти. Освен това силната конкуренция води след себе си липса на добре обучен ръководен персонал.

В един силно конкурентен пазар не е достатъчно само активно да се борим за клиенти. Много повече и още по-дейно трябва да се агитира привличането на нови сътрудници, както и да се задържат наличните. Една системна стратегия по темата маркетинг на персонала днес е жизнено важна, особено за лечебно заведение в столицата. Маркетинг на персонала е подготовката на политиката за персонала на една организация за потребностите и желанията на съществуващите и потенциалните служители с цел обвързване на настоящите специалисти и ръководни кадри, за запазването им и привличане на нови.[71]

Съгласно това първоначално на преден план възникват два приоритета:

Вътрешен маркетинг на персонала = обвързване/запазване на наличния персонал и Външен маркетинг на персонала = привличане на нови сътрудници.

При вътрешния маркетинг на персонала става въпрос за дългосрочно запазване на наличните сътрудници. Както една силно емоционална обвързаност или идентификация с организацията, така и високата мотивация и удовлетвореност при работата са вече индикатори в голяма степен за успех. Със стратегиите на външния маркетинг на персонала, насочени към потенциални нови сътрудници, лечебното заведение трябва да се възприема като характерна марка и като атрактивен работодател на пазара на труда. Медицински специалисти, които търсят нов работодател, трябва да се чувстват привлечени и чрез неговото появяване поощрени да кандидатстват за работа при него. Различните целеви групи и цели на двете страни са обобщени още веднъж в табл. 9.

Табл. 9: Съпоставяне на вътрешния и външен маркетинг на персонала

	Вътрешен маркетинг на персонала	**Външен маркетинг на персонала**
Целева група	Наличен персонал	Бъдещ персонал
Цели	Висока мотивация за работа Висока удовлетвореност от работата Висока индентификация с предприятието Дългосрочно обвързване с предприятието	Висока степен на разпознаваемост Характерна марка Атрактивно външно представяне като предприятие и работодател Ново привличане на подходящи сътрудници
	Общо взаимодействие	

[71] Reuschenbach B.: Personalgewinnung und Personalauswahl in der Pflege, Muenchen: Elsevier, 2004, p. 39

1.2.1 Инструменти на маркетинг на персонала

Тъй като областта Маркетинг на персонала в здравеопазването е все още сравнително иновационна, често се поставят въпроси като „Да, какво изобщо можем ние да правим? Нямаме излишни толкова много пари за реклама.“ Постигането на възможно най-позитивен имидж и привличащото действие на пазара не е възможно обаче без голяма финансова инвестиция Според вътрешна справка в организацията най-често използваните инструменти на външния маркетинг на персонала са:

- Обяви за работни места (74%)
- Присъствие в интернет (71%) и
- Практикантски и квалификационни програми (15%).

Сравнително евтино и целенасочено на специализирани страници в интернет може да се установи контакт с нови сътрудници и да се води диалог за атрактивните предимства и особеностите като работодател. В идеалния случай цялата интересна информация е налична в специални предвидени за това полета – като кариерен портал. Така интересуващият се намира събрана цялата информация и едновременно вижда, че той е толкова ценен като потенциален служител, че за него се определя цяла област. Тази възможност би следвало непременно да се използва.

Практикантските програми носят добавена стойност не само за практикантите и за лечебното заведение, но и принос за цялото общество. Размяната на опит отдавна е доказала своята ефективност. При тази програма обвързаността на специалистите, които след проведен стаж в болницата започват работа на трудов договор, е много по-висока. Също така от проучването става ясно, че същите тези служители показват по-висока удовлетвореност при получаване на повече отговорности и задачи.

Инструментите, които използваме, следва да са обвързани и приложими със стратегията на организацията или холдинга, с културата и водещите примери (тактически маркетинг на персонала). В подкрепа на класическата област на маркетинга на продажбата трябва да се включат текстове от всички четири области на политиката на предлагане, възнаграждение, комуникация и придобиване. Така болницата може да предлага гъвкаво работно време, възможности за отглеждане на деца, както и на социални дейности и премии и да ги рекламира с корпоративните партньори или да ги обяви при конкурси. На следващата таблица е представен обзора от конкретни дейности и инструменти, които се прилагат в МК Доверие в областта на човешките ресурси.

Табл. 10. Области на тактическия маркетинг на персонала и възможни инструменти

Политика на предлагане	**Политика на възнаграждение**	**Политика на комуникация (външна)**	**Политика на придобиване**
Работно време Финансиране Позиция/регион Оборудване Грижи за деца	Заплата/възнаграждение Премии Допълнителни и социални дейности Облекчения, служебен автомобил и др.	Обяви за работа Поява в интернет Презентации в специализирана литература, панаири и др. Кооперирание за квалификация, усъвършенстване, висше образование	Чрез самото предприятие Чрез външни агенции/ трудови консултанти Обяви за конкурси в предприятието Външни конкурси

За да може да се определи успехът от дейността по маркетинга на персонала, трябва редовно да се отчитат следните параметри:

- Брой на постъпилите оценки на приложените инициативи;
- Брой на постъпилите кандидати по обявите за работа;
- Качество на кандидатурите;
- Степен на популярност на фирмата като работодател (напр. при обучителни институции, предлагащи квалификация и обучения).

Едно такова „измерване“ особено при въвеждане на нови мерки в маркетинга може да предложи интересни данни колко успешни са досегашните дейности и струват ли много малко от тях допълнителен финансов ресурс.

1.2.2 Марка на работодателя

Важна цел на маркетинга на персонала е да въздейства с всички средства навътре и навън като единна марка на работодател. Преди да може обаче да се дефинира в детайли собствената марка, следва да се опише прозрачно и ясно корпоративната идентичност (Corporate Identity) на лечебното заведение.

Корпоративната идентичност се окачествява като „личността на организацията“. С нея се преследват две главни цели:

1. Общото целенасочено представяне навън.

2. Общите вътрешни ценности и тяхното прилагане от служителите и ръководителите.[72]

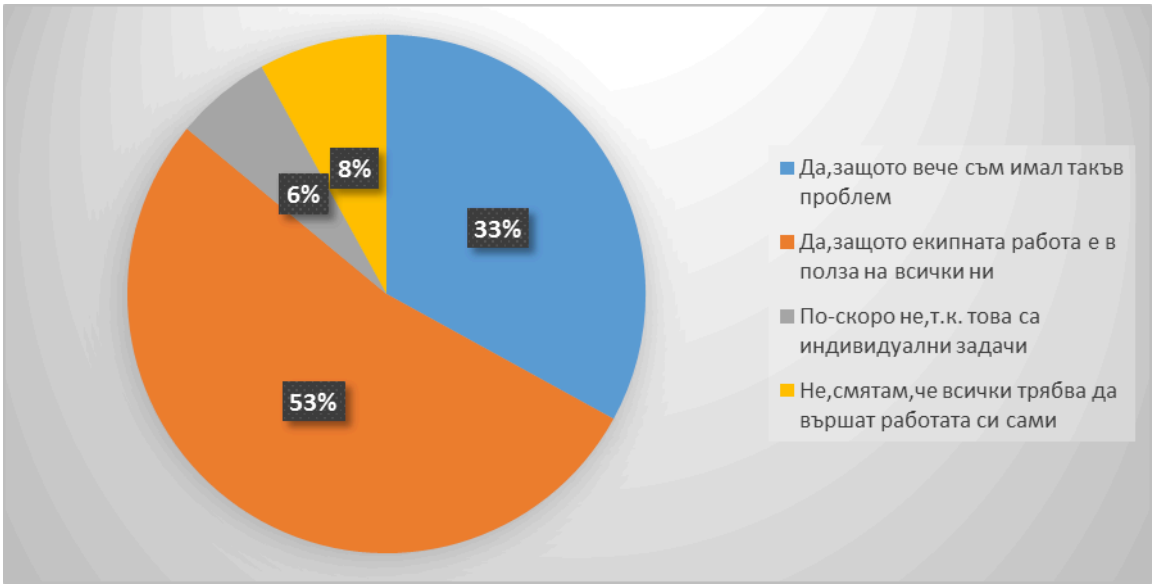
Така корпоративната идентичност има значение, както за външния образ, така също и за културата вътре в болницата.

[72] Stuehrenberg L.: Oekonomische Bedeutung des Personalbindungsmanagements fuer Unternehmen. In R. Broeckermann & W. Pepels (Hrsg.), Personalbindung – Wettbewerbsvorteile durch strategisches Human Resource Management, Berlin: Erich-Schmidt, 2004, p. 44

Проведохме проучване сред 100 служители на „МК ДОВЕРИЕ“. Анкетираните работят в различни отделния на болницата и имат пряко отношение към дейностите, политиката и изграждането на работеща организация в лечебното заведение. Те представляват основната група, към която е насочен мениджмънтът и маркетингът на човешките ресурси и също така са преносителите на фирмената култура на организацията. Двете проучвания са проведение сред едни и същи респонденти.

На следващата графика са представени резултатите до колко анкетираните (служителите) чувстват привързаност към организацията. Въпросът е зададен индиректно и пренася служителя в ситуация, в която негов колега има нужда от помощ за изготвяне на голямо количество документация по време на проверка от здравна институция. Резултатът е положителен и 53% от служителите дават ясен отговор за важността на екипната работа в една организация. Една трета биха помогнали, т.к. са се намирали в подобна ситуация. Нисък е процентът на служителите, които не биха подали ръка на колега (респ. на организацията, в която работят) в такъв момент.

Фиг. 29. Привързаност на служителите към организацията.



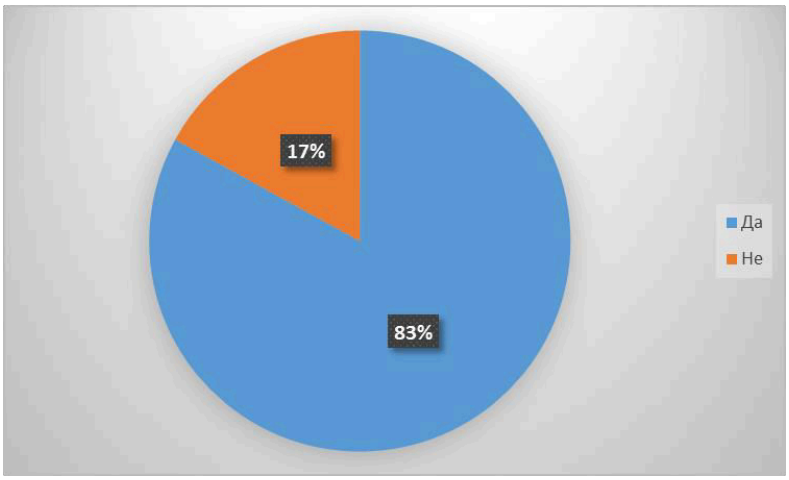
След като корпоративната идентичност е достатъчно развита, се преминава към марката като работодател. Целта на тази марка от една страна е да привлече внимание и да се привлекат потенциални нови служители, а от друга да се засили идентификацията и обвързването на настоящите служители. Освен теоретичните разсъждения става дума и за изпълване с живот на визията.

1.2.3 Атрактивност на работодателя

С конкретизиране на корпоративната идентичност и със създаването на марката на работодателя вече са разработени най-важните съдържания. Дефинираният положителен имидж на работодателя трябва накрая да се разпространи по възможно най-разнообразни информационни канали към целевата група, било то на изложения, университети, на територията на общината, на дни на отворени врати на място или по интернет. Допълнително трябва да се обърне внимание на специфични особености, които ни характеризират като единствени и неповторими. Това могат да бъдат както особености, отнасящи се до лечебното заведение, до естеството и организацията на работа, но също и до възможностите за развитие, климата в колектива или рамковите условия.

На въпроса дали служителите смятат, че лечебното заведение е атрактивно като работодател, 83% от запитаните дават положителен отговор.

Фиг. 30. Готовност за препоръка на състудент за кандидатстване за работа в лечебното заведение.



Проверихме как поставените задачи и цели въздействат върху мотивацията за работа на персонала. Половината от служителите заявяват мотивиращо действие. Останалата половина от запитаните изпитват известни затруднения. Така напр. 13% излъчват несигурност относно справяне със задълженията, 16 % не смятат, че има връзка с тяхната готовност за работа. Демотивирани са 12%, а 9 % не смятат, че могат да изпълнят поставените цели.

Фиг. 31. Въздействие на поставените цели върху мотивацията на служителите.

Загрижеността отношение към семейството и свързаните с това мерки като модели на гъвкаво работно време или кооперации за отглеждане на деца, са много подценявани до момента. Планирането на тези дейности намалява вероятността от смяна на работодателя, особено в България, където тази социална придобивка е непопулярна.

Всяка постъпила кандидатура - онлайн или на твърд носител - не се оценява толкова ефективно, колкото едно активно мероприятие. МК Доверие планира ден на отворените врати, където се презентират възможностите по-осезаемо. Освен за бъдещи служители, тези мероприятия се използват и за запознаване на подрастващите с професиите в лечебното заведение.

1.3 Подбор на персонала

Поради липса на квалифициран персонал в практиката често се говори, че не е възможен подборът на служители – днес трябва да се вземе всеки, който се предлага и отговаря на основната квалификация. Нещо обаче може да се противопостави на подход от този вид. Модерното ръководство означава далновидно да се планира и дефинира ангажирането на служителите и от каква квалификация и компетенции и от какви позиции се нуждае лечебното заведение. Несъвпадане на професионални, но и на лични изисквания към нов служител ще доведе рано или късно до разочарование и от двете страни. На основата на дейността в сектора на услугите, където отделните служители значително определят качеството на работата и удовлетвореността на клиентите, не трябва да се приемат никакви „умерено подходящи“ решения. Тук дефинирахме изискванията и „ресурсно-щадящите“ методи, които използваме в подбора на служители.

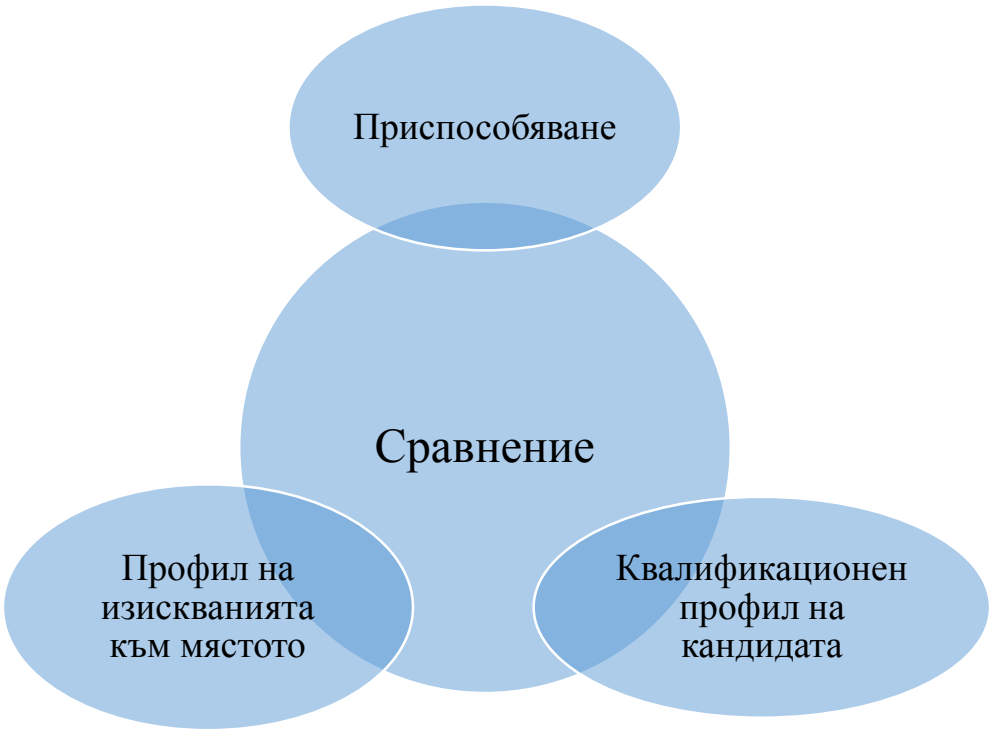
Съществено значение се отделя на дефиниране на изискванията. Преди да потърсим и назначим нов служител, дефинираме потребността от персонал в

рамките на планирането на персонала. В този случай трябва да се вземат под внимание икономическите цели на лечебното заведение. Конкретно при определяне на потребността от персонал следва да се съблюдават четири фактора:[73]

1. брой (количествено)
2. вид (качествено)
3. подходящ момент и продължителност (времево) и
4. място на работа (локално).

При определянето роля играят както актуалната, така и бъдещата потребност от персонал. Пример в тази връзка може да бъде желано намаляване на работното време на служител или повишена необходимост от квалификация на базата на въвеждане на нови стандарти и изсиквания. Генерално изискванията могат и трябва да се дефинират на една позиция естествено от двете страни: от стана на организацията и от страна на кандидата. При приспособяването между лечебното заведение и кандидата в психологията се използва понятието „лице-организация-здраве“. То с право се причислява към една от най-важните психологически теми.

Фиг. 32. Изисквания от работодател и работник.



[73] Hentze J., Kammel A.: Personalwirtschaftslehre 1 (7. Aufl.), Stuttgart: Haupt, 2001, pp. 189

За подбора на нови служители, предимно за кандидатите, безусловно е важно описание на длъжностната характеристика, за да могат те да си изградят представа за бъдещите задачи и отговорности. Допълнително се изготвя профил на изискванията и специфичните за мястото задачи и се включват в процеса на подбор. Като втора стъпка се подреждат по приоритети отделните теми, напр. A = изключително важни; B = важни; C = желателни. Така става бързо и ясно кои задължителни изисквания се предявяват към новия служител и кои са желателни и при необходимост от кои може да се откаже.

Освен експертиза, опит и професионални умения трябва също да се определят какви лични и социални изисквания да се поставят към кандидата за мястото. Изключително важни в практиката, особено за ръководни кадри, са изискванията към личността, като например способност за комуникация, умение за налагане, самостоятелно мислене или конфликтност. „Човек се назначава заради способностите и се уволнява поради личността“. Един съответен анализ, както на необходимите за позицията, така и на желаните лични и социални изисквания и последваща проверка доколко кандидатът отговаря на тях, може да ни предпази от неуспех от този вид. Разбира се така дефинираните изисквания трябва да се разяснят на потенциалните кандидати. Колкото по-специфично това е описано вече в обявата за работа, толкова кандидатът може предварително да си изгради представа и да прецени доколко той е подходящ за мястото.

Подходящи инструменти за подбор

При подбора на нови служители се анализират подадените кандидатури и се провежда интервю. Тези мерки обаче не са достатъчни за изграждане на подробна картина на квалификационния профил и накрая за проверка дали лицето е подходящо за мястото и за амбулаторния медицински патронаж. Дори когато даден интензивен подбор изисква повече време, персонални и също финансови ресурси, допълнителният разход се възнаграждава с много по-висок „процент на съвпадения“. Точно поради причини на мениджмънта на професионалния и ръководен персонал би трябвало подробно да се провери кои потенциали са скрити в даден кандидат преди да се направят прибързани заключения срещу него или за някой друг. Систематично могат да се подразделят интервюта в три основни групи:

1. Процедура на подбор на база автобиография.
2. Конструктивно ориентирана процедура на подбор.
3. Симулационно ориентирана процедура на подбор.

В зависимост от тежестта могат да се оценят досегашните професионални резултати (процедура на подбор на база автобиография), да се измерят отделни конструкции на личността или интелигентността (конструктивно ориентирана процедура на подбор) или да се представи възможно бъдещо поведение (симулационно ориентирана процедура на подбор). Коя процедура да се включи при кое интервю, следва от позицията, която трябва да се заеме и от профила на

следващите задачи и изисквания. Най-общо може обаче да се препоръча комбинация от различни методи, за да мож профилът на кандидата да е възможно най-ясен.

1.4 Навлизане в работата и интеграция

Основателно началото на работа, която новоназначен служител прекарва в организацията, се приема изобщо за най-чувствителното време. От една страна се показва правдоподобността на предприятието и от друга действителния статус на лицето в ежедневието. Както ръководството, така и новия служител имат очаквания един от друг. Колкото по-открито те се дискутират по време на интервюто, толкова по-малко изненади се преживяват. И въпреки това едва „истинското ежедневие“ може да покаже до каква степен новият служител може да се впише в работната среда. За да се даде реален шанс на новата съвместна работа, новият служител първоначално не бива да бъде оставен сам с неговите задачи. За да може възможно най-бързо да се запознае с културата на предприятието и да се обвърже емоционално, той трябва да бъде интегриран професионално, социално и лично. В противен случай има опасност новият служител вътрешно да бъде разочарован преди още да се почувства включен. Една такава интеграция в посочените рамки обаче не се слючва от самосебе си. Много повече са необходими надеждни лица и структури, за да може да се гарантира системно навлизане в работата и интеграция.

Инструментите, които се използват в МК Доверие за навлизане в работата, са следните. След успешно назначаване на нов служител следва взискателната фаза за двете страни. В рамките на няколко дни новият служител решава дали той може потенциално да се представи, да остане или не дълго време в лечебното заведение. Всяко навлизане в работата следователно трябва да бъде добре структурирано и едновременно да преследва повече цели, като например:

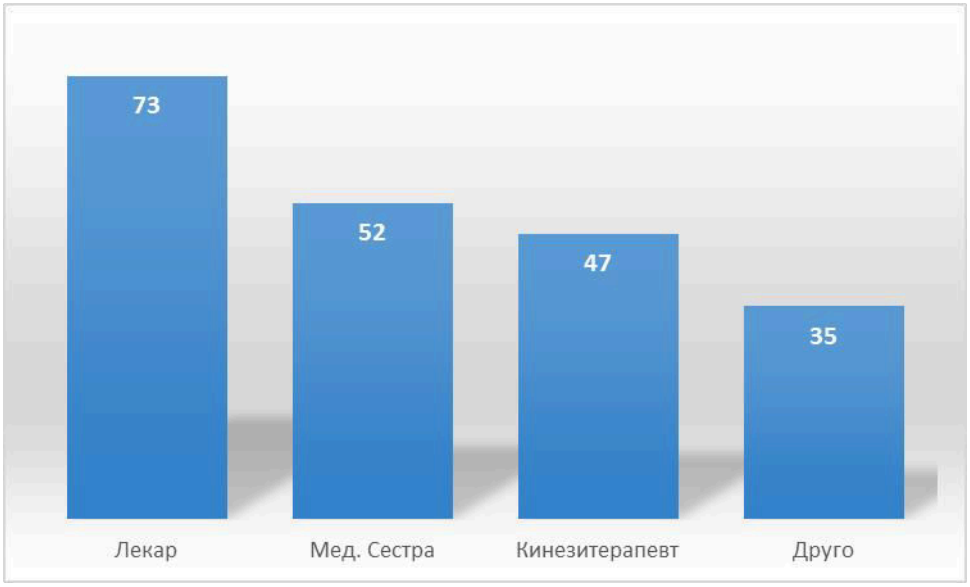
- удовлетвореност на новия служител;
- широки познания за структурата на организацията (ориентиране);
- присъединяване към колектива;
- разгръщане на потенциала за работа, в случай предложения за помощ
- предстояща самостоятелност;
- сигурност на общото качество на работа;
- и др.

Навлизането в работата обаче не започва от първия ден на новия служител. Още преди началото на работа на служителя трябва да се подготвят някои неща, които са важни за навлизането. Към това спада добрият контакт между прекият ръководител и новия служител в периода между сключване на договор и начало на работа. Това не означава необходимост от ежедневни телефонни разговори. Много

повече е важно новият служител още в началото да има сигурно лице за контакт, с което може да изясни евентуални въпроси. Това лице също трябва да предостави информационни материали.

В рамките на една година бяха проведени едномесечни проучвания относно адаптирането на новите служители. Анализът показа, че новоназначените лекари (73%) се приспособяват много по-бързо към работната среда, отколкото новоназначените медицински сестри (52%), кинезитерапевти (47%) и други служители (35%). По-задълбочено проучване показа силно изявена самостоятелност на лекарите. За да се неутрализира разликата в адаптирането на служителите, разработихме план за навлизане в работата, който има следното съдържание: цели, методи, срокове, отговорности, лица за контакт и оценка на адаптивния период от страна и на новоназначения служител. Тази рамка е изготвена въз основа на кратки интервюта, проведени след първия месец от назначението. Един такъв стандартен план е целесъобразен и въпреки това е задължително планът да се пригоди индивидуално към новия служител и неговата позиция. Също така се ориентираме по изготвения профил на задачите и изискванията, както и към това, което вече устно е договорено с новия служител (например поемане на отговорности за определена област). Трябва да се внимава планът да е реалистичен и да отговаря на изискванията, но също и на уменията на новия служител. Нищо не може да бъде по-разочароващо за него от невъзможността за изпълнение на плана за навлизане в работата. Ако е възможно планът следва да бъде предоставен на новия служител преди началото на работа. Допълнително патронажите прилагаме към него конкретен план-график за първия работен ден (вкл. време, място, лице за контакт, какво трябва да се носи и т.н.).

Фиг. 33. Анализ на едномесечната приспособимост на новите служители.



1.5 Развитие на персонала – привличане чрез индивидуално подпомагане

Ръководителите често считат, че развитието на персонала е твърде скъпо и действието му трудно еволюира. Както мерките по развитието на персонала най-често струват пари (цената е изключително висока), така е и спорна трудността на дадено развитие. И въпреки това си струва повече да се инвестира в развитие на персонала с цел привличане, обвързване и по възможност най-подходящо подпомагане на сътрудниците. Убедителни основания към това са следните аспекти:

- Приспособяване на квалификациите (при промени в структурата или в бранша);
- Развитие на хора с незадоволителна до момента квалификация, но с потенциал за развитие;
- Подпомагане за израстване, създаване на вътрешен персонал;
- Атрактивност като работодател (предложение с индивидуално подпомагане и кариерни пътища);
- Стимул в рамките на колектива;
- Сигурност на конкурентноспособността на организацията чрез квалифицирани сътрудници;
- Изпълнение на обществената задача за квалификация и учене през целия живот.

Висша цел на развитието на персонала е подготовката на компетентността на служителите, на колективите и на организацията за настоящи и бъдещи изисквания на външната среда и промени в организацията. От особена важност преди прилагането на инструменти е да се провери потребността от мерки за развитие на персонала. Към това трябва да се включат както квалификацията, силните страни и опита на служителите, така и целите на лечебното заведение или произтичащите от това изисквания. За анализа на потребностите взимаме предвид три компонента:

1. Анализ на организацията: целеви задачи, произтичащи от стратегическото планиране на предприятието за личното планиране и стимулиране;
2. Анализ на задачите и изискванията: анализ на квалификациите, уменията и качествата, които са необходими за изпълнение на задачите;
3. Анализ на лицата: определяне на индивидуалните дефицити на производителност и поведение, както и потенциалите за развитие.

При обсъждането в МК Доверие дали да се приложат мерки за развитие на персонала, се стигна до извода, че е необходимо да се правят дори и малки

инвестиции в отделните сътрудници или екипи. По този начин с усъвършенстването на персонала се развива непрекъснато и цялото лечебно заведение. На следващата таблица са представени резултатите от проучването сред служители, които са на трудов договор в лечебното заведение след изпитателния срок. На преден план излиза нуждата от повишаване на заплащането (63 %). На второ място най-много служители са посочили стимулът „Повишение при добро изпълнение на задачите“ (38 %), а трета позиция най-голям дял на влияние биха оказали предоставянето на допълнителни курсове за квалификация и обучение (35 %). Корелация между професиите и стимулите има, като 60 % от лекарите и 56 % от медицинските сестри са посочили като най-важен мотивационен елемент повишаване на заплащането.

Табл. 11. Въздействие на мотивационните елементи върху готовността за повишаване усилията на служителите.

Мотивационен елемент	**Най-важен елемент**	**На втора позиция**	**На трета позиция**
Признание от ръководството	5 %	6 %	2 %
Обявяване на постиженията ми сред колегите	0 %	0 %	0 %
Делегиране на повече отговорности	0 %	0 %	0 %
Повишение при добро изпълнение на задачите	6 %	38 %	16 %
По-високо заплащане	63 %	19 %	2 %
Подобряване условията на труд	0 %	1 %	14 %
Повече социални придобивки	14 %	26 %	31 %
Допълнителни курсове за квалификация и обучение	12 %	10 %	35 %
Престижен пост без промяна на заплатата, но с повече подчинени	0 %	0 %	0 %
	100 %	100 %	100 %

Важно при определяне на потребностите е да се онагледят целите за двете страни и изхождайки от общите теми да се инициира концепция за развитие на персонала и мерки за стимулиране. На таблицата по-долу сме използвали модела на Berthel & Becker.

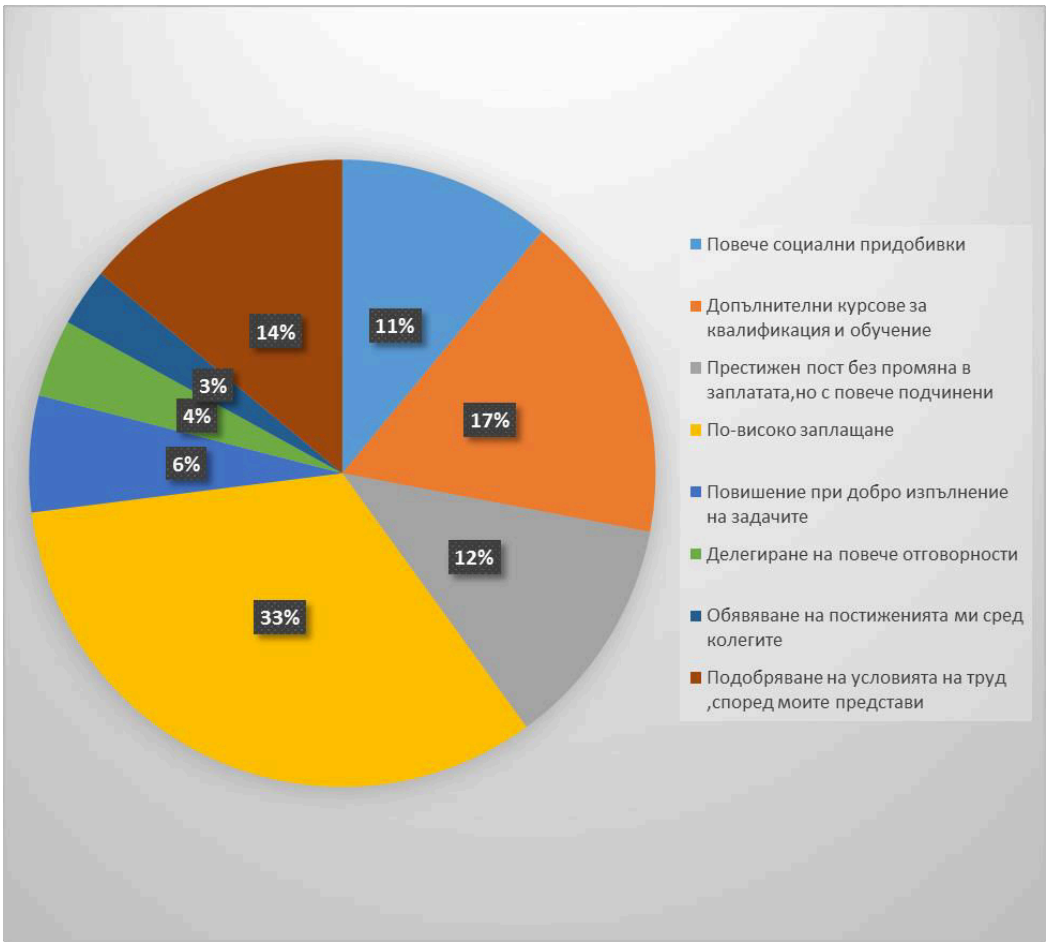
Табл. 12: Цели и предимства на развитие на персонала[74]

Цели и предимства на развитието на персонала от гледна точка на служителите	Цели и предимства на развитието на персонала от гледна точка на предприятието
Повишаване на сигурността на работното място	Запазване и актуализация на наличната професионална и социална квалификация
Приспособяване на личната квалификация към изискванията на предприятието	Стимулиране на качественото мислене и съзнанието за качество
Подобряване на предпоставките, свързани с кариерта за професионално израстване	Вътрешна печалба от развиващите се и ръководни кадри
Сигурност/повишаване на съществуващите доходи	Повишаване на удовлетвореността на служителите, умение за сътрудничество и работа в колектив
Развитие на личността чрез повишаване на квалификация и усъвършенстване	Дългосрочна обвързаност на служителите (намаляване на дела на текучество и болест)
Подобряване на шансовете за самоусъвършенстване чрез по-качествени задачи	Мотивация за поемане на отговорност

Направихме сравнение с мнението на служителите в МК Доверие относно атрактивността на мотивационни елементи, влияещи на решение за смяна на работното място. На фиг. 34 са показани резултатите. Данните от предишните показани фигури се потвърждават и отново на първо място сред стимулите застава по-високото заплащане, тук представено от 33 %. На второ място служителите имат заинтересованост от допълнителни квалификации и обучения, като корелациите тук са съпоставими с корелациите на табл. 11 Въздействие на мотивационните елементи върху готовността за повишаване усилията на служителите и преобладаващият процент служители, посочили тези стимули са с професия на лекар и медицинска сестра. На трето място респондентите посочват подобряване условията на труд. Разликата с предишния въпрос тук ни дава яснота относно типовете служители, които са назначени на работа. В лечебното заведение има микс от очаквания и това прави изготвянето на стратегията и политиката за управление на човешките ресурси интересна, предизвикателна и динамична.

[74] Berthel J., Becker F.G.: Personalmanagement – Grundzuege fuer Konzeptionen betrieblicher Personalarbeit (6. Aufl.), Stuttgart: Schaeffer-Poeschel, 2007, p 314

Фиг. 34. Атрактивността на мотивационни елементи, влияещи на решение за смяна на работното място.



Тъй като за изготвяне на концепцията за развитието на персонала освен оценяването на отделните служители е необходим общ преглед на колективната работа. Целесъобразно е това да се отрази в портфолио на персонала. В него се групират служителите по отделни оценки на „с върхови постижения“, „с добри постижения“, „последователи“ и „проблемни случаи“. Такова портфолио не трябва да се дава на служителите, но е изключително важно за ръководството на лечебното заведение и за подходящо планиране на мерките за развитие.

Табл. 13. Портфолио на персонала.

	Ограничен потенциал	Висок потенциал
Висока производителност	„С добри постижения“ Служители, определени като, които показват добра производителност, обаче разполагат с ограничен потенциал за развитие	„С върхови постижения“ Високо мотивирани служители, на предоставят на предприятието своя пълен потенциал от способности.
Ограничена производителност	„Последователи“ Служители, които показват ограничена мотивация за развитие	„Проблемни случаи“ Служители, за които не е известно (на базата на ограничената производител-ност) дали желаят за дълго да останат в предприятието, но притежават висок потенциал.

В какви рамки и чрез какви съдържания всъщност трябва да се извършва оценяването? Теоретично оценки се извършват постоянно от ръководителя. Всичко, което трябва да се знае и приеме за служителя се събира съзнателно или несъзнателно при собствената оценка за него. Много често по този начин се създава субективен образ, който обхваща на първо място дейността на лицето, но по-малко неговия потенциал. Целенасочената оценка на производителността и потенциала следва от една страна да се извършва съвместно от повече ръководители (за да се постигне по-голяма обективност), както и разговори за оценяване или годишните разговори. По отношение на съдържанието е важно предварително да е ясно кои критерии са важни или какво точно трябва да се оценява. Възможните важни критерии на дадено оценяване могат да се обобщят както следва:

- Поведение при работа (натовареност, издържливост, качество на работа);
- Поведение към колегите и ръководителите (колегиалност, отзивчивост, работа в екип, авторитет);
- Поведение при ръководене (умение за ръководене и делегиране);
- Лично представяне (самоувереност, поведение при изразяване, визия);
- Ментални умения (креативност, памет, съобразителност, логическо мислене).

Специално критериите ментални умения и лично представяне могат много трудно да се конкретизират и определят. Въпреки това подразделянето по тези точки е задължително, тъй като само тогава може да се извърши обективна оценка. Това означава, че след определянето на критерии оценяващите ръководители трябва да се обединят кои от видимите точки ще се включат във всеки критерий.

Условие за всеки вид оценяване е съответната квалификация на ръководителя. Той трябва да е запознат с критериите и грешките за оценка и освен това да има висока степен на компетентност и личен рефлекс. Само тогава е възможно обективно и честно оценяване.

За да се онагледи в кои области инструментите за развитие на персонала могат да се приложат, целесъобразно е да се направи разграничение в областите:

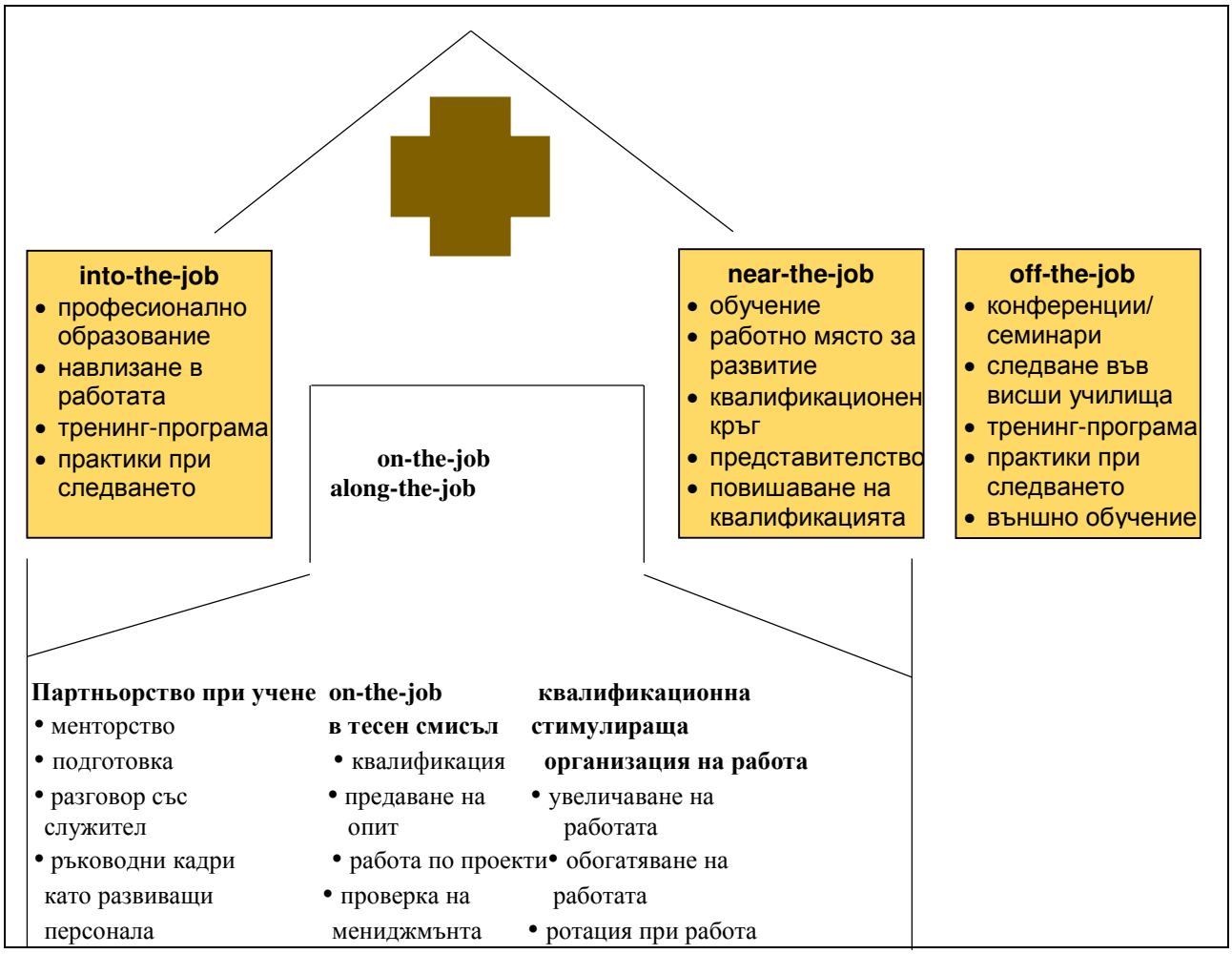
- към работа (into-the-job);
- в работа (on-the-job)
- близо до работа (near-the-job);
- извън работа (off-the-job) (Фиг. 35).

На базата на директна интеграция инструментите в областта on-the-job могат да се отбележат като най-ефективни. Към тях спадат менторство, единична или екипна подготовка, вътрешно повишаване на квалификацията или мерки по структурата и организацията на работа. Един инструмент е разговор със служителя (разговор за развитието). Той преследва няколко цели и трябва да бъде неразделна част от управлението. Съдържанието и целите са насочени към:

- формулиране на желания, трудности и цели на двете страни (служител и предприятие);
- оценяване на служителя (предварително дефинирани критерии);
- участие на служителя (усведомяване за собствено мнени, критика и желания);
- мотивация и обвързаност (оценяване и постигане);
- индивидуална конктретна оценка на ценностите (място и време, да се изслуша и пита).

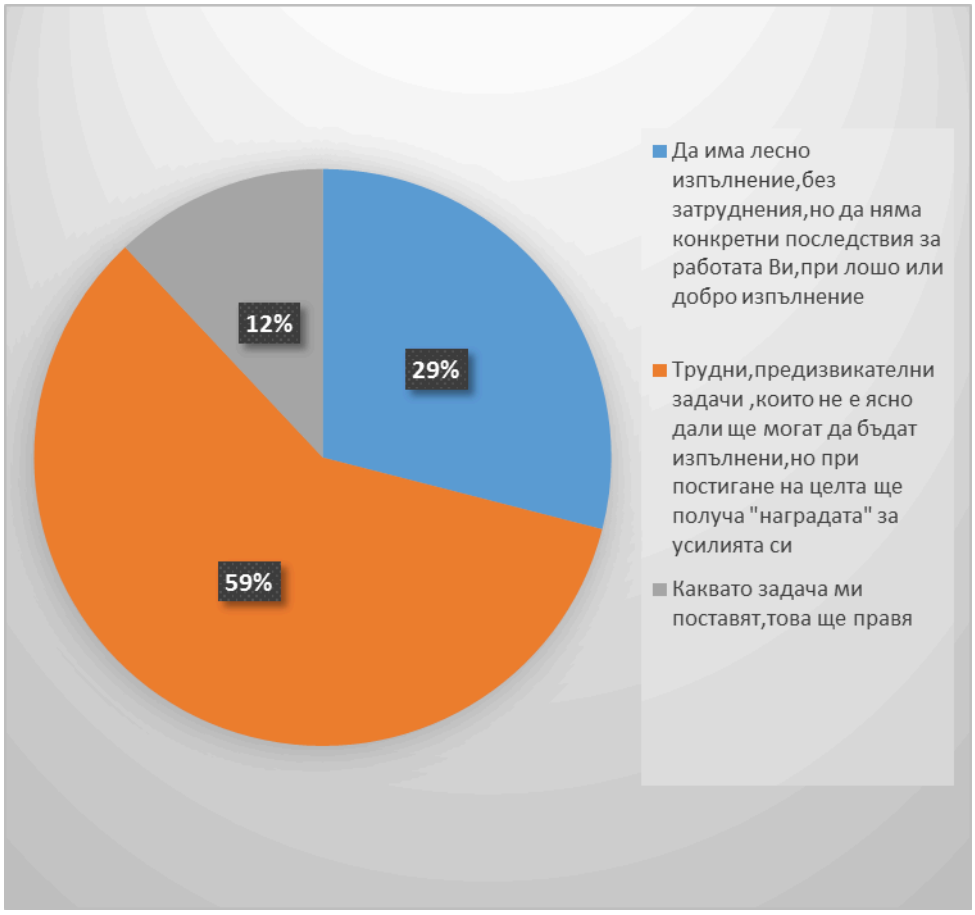
В практиката е целесъобразно разговорът да започне със самоопознаването на служителя за неговата удовлетвореност, неговите силни страни, желания за развитие и др. В идеалния случай ще му помогне въпросник, с чиято помощ той може да се подготви по специфични въпроси.

Фиг. 35. Инструменти за развитие на персонала за различните позиции.



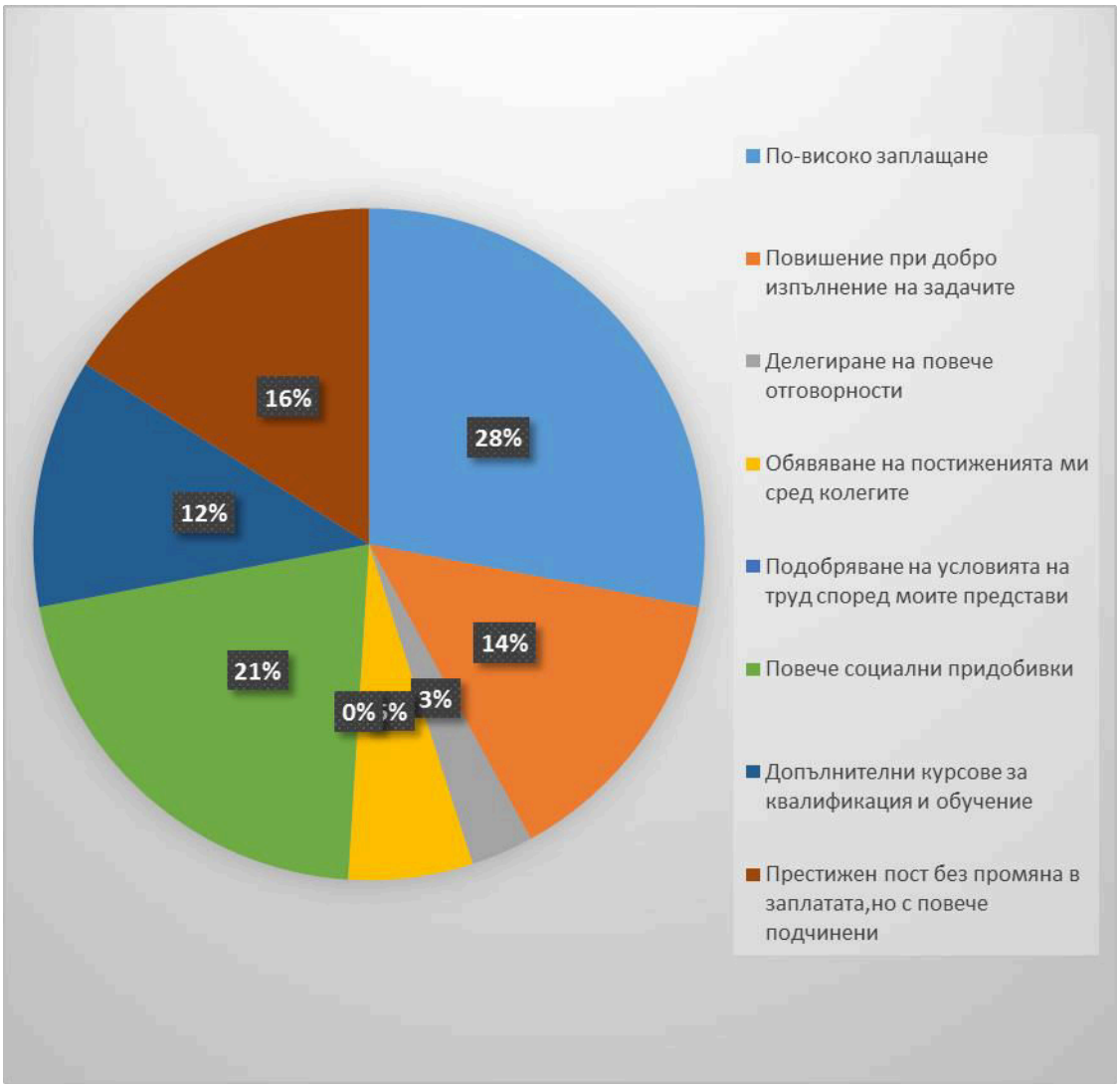
Мнението на служителите относно техните предпочитания за изпълнение на задачи е представено на фиг. 36. От нея става ясно, че трудните, предизвикателни задачи, с обещание за „награда“ са по-предпочитани сред служителите, а именно сред 59 % от тях. Корелацията с професиите ни дава 63 % - лекари и 32 % медицински сестри. Около една трета (29%) от анкетираните служители предпочитат задачи, които се изпълняват по-лесно, без затруднения и не рефлектират върху позицията им. 12 % изказват незаинтересованост и предпочитания към работата си.

Фиг. 36. Зависимост относно трудността на поставените задачи и стимулите за изпълнението им.



Проверка на предпочитанията на служителите направихме в следващия въпрос. Ако получат трудна, на пръв поглед неизпълнима задача, в какво се изразява мотивацията им, за да се захванат с нея. 28 % и 21 % посочват по-високото заплащане(или допълнително заплащане) и респективно повече социални придобивки. 16 % предпочитат повече власт, дори и непропорционално повишение на възнаграждението. Сравнихме 59-те % от предишния въпрос и те са разпределени между всички отговори на този въпрос.

Фиг. 37. Израз на мотивационни стимули при поставяне на трудна, на пръв поглед неизпълнима задача.



При избора на инструменти за развитие и стимулиране на персонала е важно пригаждането към потребностите на служителите (и на организацията). Във връзка с това определихме в кое поле на компетенции ще се осъществява развитието. Разделихме професионалните компетенции в следните области:

- лична и социална компетентност,
- компетенност на методи и
- професионална компетентност.

Личната и социална компетентност ориентирахме към комуникацията между служител и пряк ръководител. Започвайки от маловажни задачи и преминавайки към по-отговорни насочихме усилия в размяната на роли с цел овладяване и управление на конфликти, стимулиране на желанието за промяна на заучени процеси, както и препоръка към креативност на служителите и инициативност. За да повишим квалификацията в областта на компетенциите на методите, избрахме да обърнем внимание на служителите към мениджмънта на времето и личния мениджмънт или към организацията на работата в зависимост от потребностите на конкретния служител. Приложихме методи като уъркшопи или тренинги, но също и проучване на казуси или работа по проекти, при които оптимално се тренират тези теми. Празноти в професионалните компетенции могат да се запълнят обаче с доклади или самоподготовка, а празноти в социалната компетентност с помощта на тренинг с ориентирана обратна връзка или уъркшоп, ориентиран към поведението. Така за специфичните изисквания на отделни служители могат да се постигнат оптимални резултати.

Освен стимулите за отделните служители се изготвиха конкретна стратегии и за екипите и отделенията. По този начин вниманието на ръководството беше насочено към „формиране на перфектния екип“. Когато едва ли може да се намери в действителност „идеалния“ екип, има ефективно работещи екипи и екипи, при които поради конфликти работата винаги е с лошо количество и качество. Целите на едно „общо развитие на персонала“ подобряват колективната работа, комуникацията или връзката (духа на екипа) в рамките на колектива.

1.6 Мотивация чрез задоволяване на потребностите

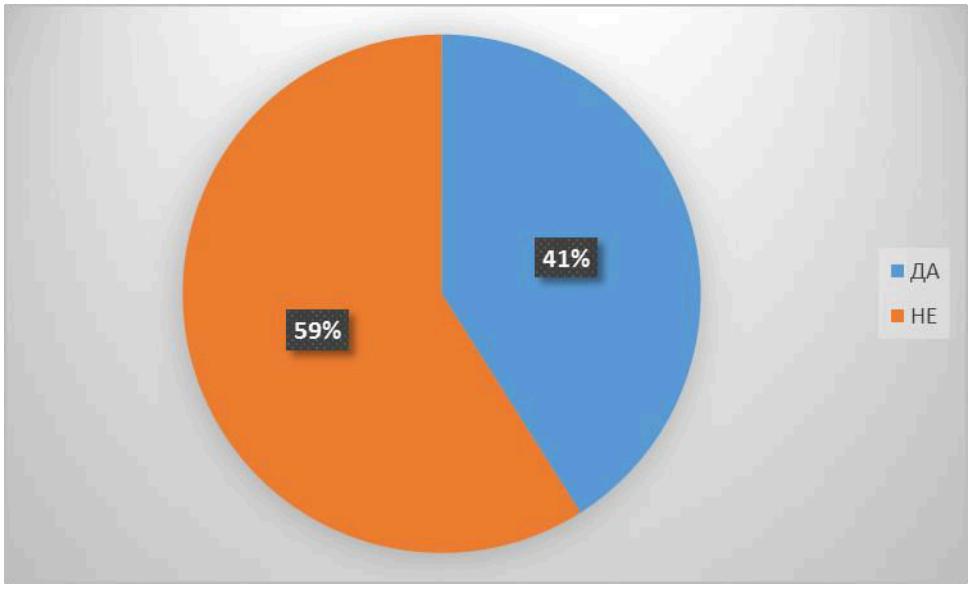
Докато даден служител е силно мотивиран и щастлив на работното си място, друг в същото време може да бъде по-скоро немотивиран и нещастен. Тъй като по правило степента на мотивация влияе непосредствено върху качеството на работата, дори и от тази гледна точка темата заслужава най-голямо внимание.

За да може да се мотивира даден сътрудник, на първо място трябва да бъде ясно как и по какъв начин това може да бъде осъществено. От една страна подходът е много различен при всеки човек. Това обаче, което свързва всички хора и тяхната мотивация, са техните основни потребности. Едва когато потребностите, свързани с работното място, са задоволени, е възможна надграждаща мотивация. Един поглед на пирамидата на потребностите на А. Маслоу и разглеждането как тези основни потребности могат да бъдат задоволени от предприятието, дава първото, но вече важно основание за пътя към целта на мотивацията (сравни Глава 1.7.1.).

Маслоу представя в своята схема всички потребности за личната реализация като така наречените дефицитни потребности. Това означава, че потребностите трябва да бъдат удовлетворени. Особено в сферата на здравеопазването и медицинските специалисти много служители приемат присърце отношението към техните колеги, така че от страна на организацията социалните аспекти трябва да бъдат поставяни по-често на преден план. Разбира се – също и тук в голяма степен се търси ръководителят – е особено важна оценката на ценностите и оценяване на постигнатото. В никакъв случай не е достатъчно ограничаването само в рамките на обратната връзка със сътрудниците при годишните разговори с тях. Много повече в тази връзка се търси постоянството на ръководителите да възнаграждават сътрудниците (също и екипа) за техните постижения. Това може да се осъществява в паричен вид, но също и с непарични поощрения, но също и повишената отговорност или похвали могат да мотивират изпълнителите към по-голямо старание. В рамките на личната реализация сътрудникът може да бъде поощрен с нови предизвикателства, нови работни задачи или подходяща квалификация. Във всеки случай обаче трябва да има диалог, отнасящ се до потребностите и желанията на всеки отделен човек.

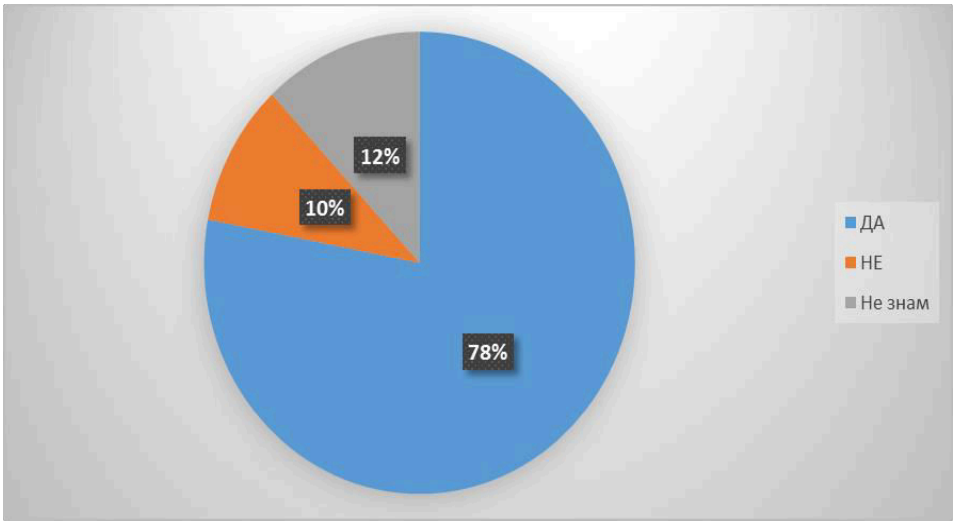
Проучването на удовлетвореността в този аспект на служителите на МК Доверие ще представим с няколко фигури. На фиг. 37 е разпознаваема липсата на достатъчно общуване между някои служители и ръководителите им. Незадоволителен резултат показват 59 % от служителите, които не получават достатъчно разяснения от прекия си ръководител защо поставената има задача трябва да бъде изпълнена.

Фиг. 38. Разясняване на поставените задачи от прекия ръководител, защо и как да бъдат изпълнени.



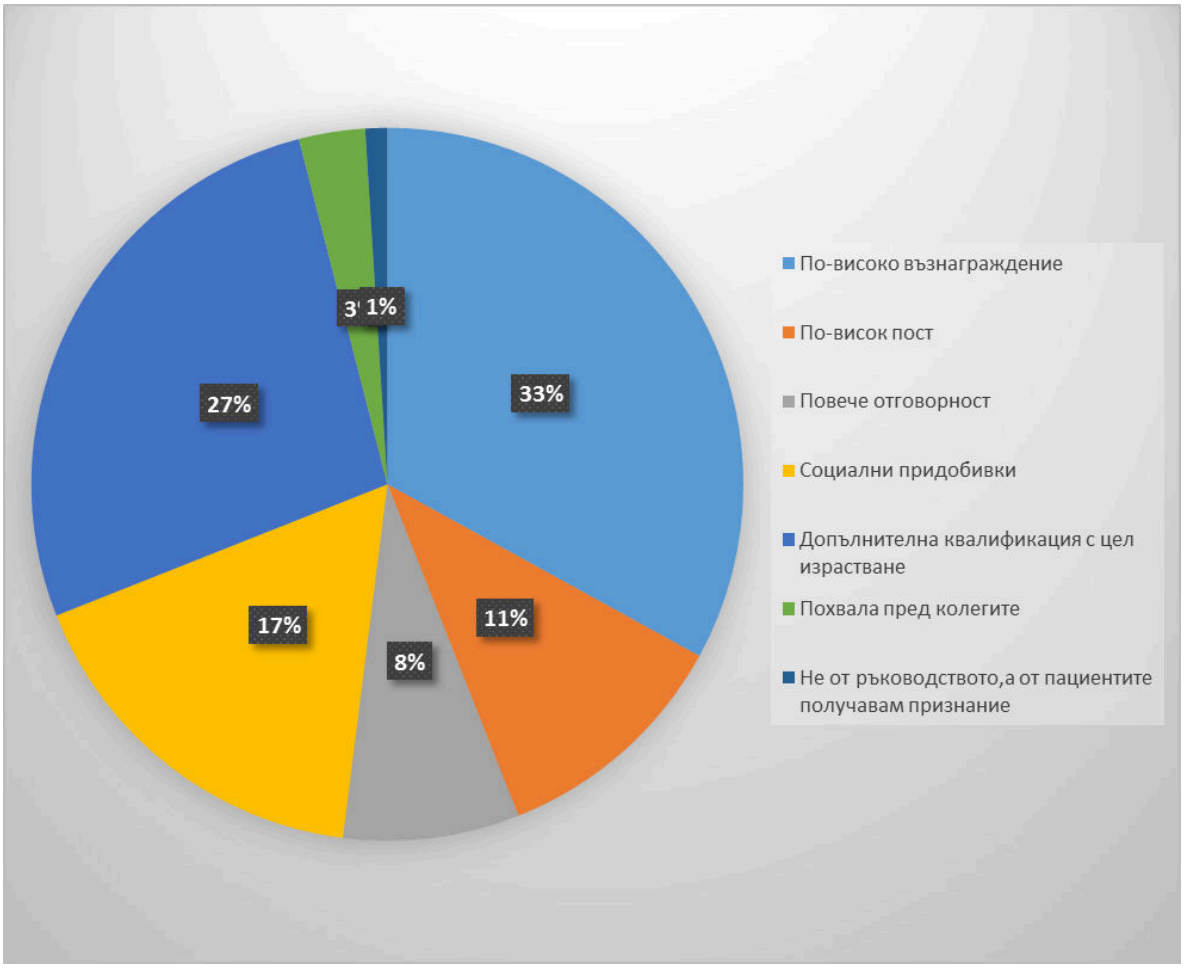
Пряката заангажираност на служителите в организацията и извършването на конкретни дейности на работното място носи висока добавена стойност за качеството на предоставяните услуги. Служителите на МК Доверие се чувстват пряко ангажирани и допринасящи за удовлетвореността на пациентите в болницата. На следващата фигура се вижда преобладаващият процент на служителите, които смятат поведението си за пряко отговорно (78 %).

Фиг. 39. Мнение на респондентите относно пряката им ангажираност и принос за удовлетвореността и неудовлетвореността на пациентите в болницата.



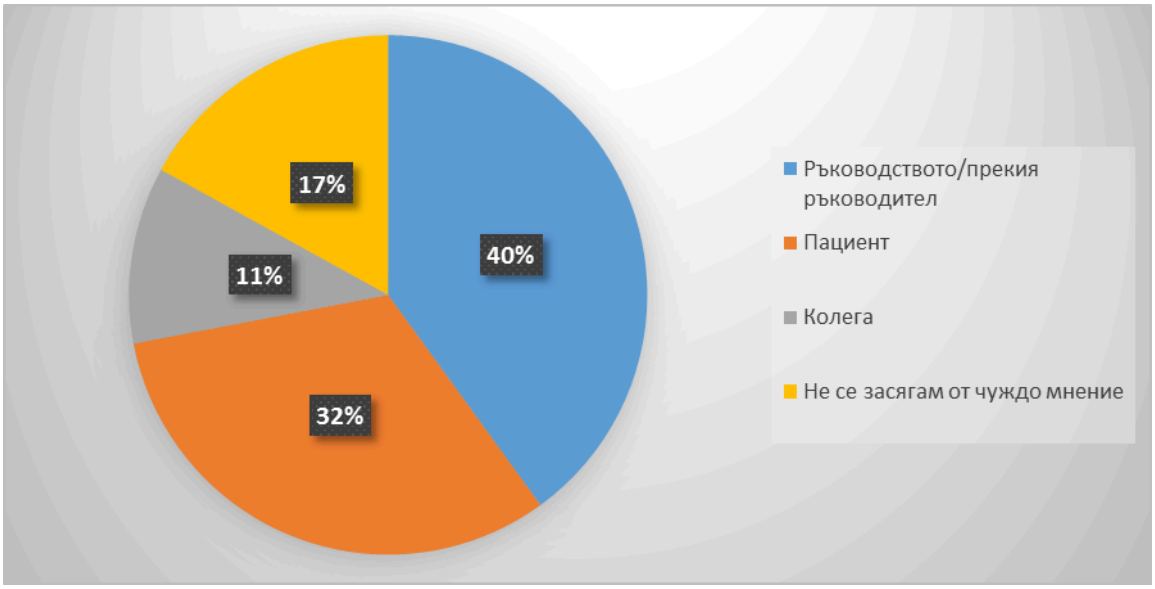
Потребностите на различните хора са различни не само според тяхното самосъзнание, но и според моментни състояния и промени. Служителите дават следните препоръки към ръководството ако то иска да покаже признание и задоволство от тяхната работа: Една трета от респондентите посочват като стимул по-високото възнаграждение или бонуси; на следваща позиция, 27 %, са посочили предоставяне на допълнителни квалификационни курсове. Смисълът на тези курсове голяма част от посочилите този итговор виждат в това, че те ще им помогнат да заемат по-високи постове и да получават по-високо възнаграждение. Социалните придобивки и по-високия пост да посочили 17 % и респективно 11 % от служителите.

Фиг. 40. Препоръчани стимули от служителите за признание към тяхната работа.



Ако разгледаме пирамидата на Маслоу като стълба, колкото по-нагоре се качваме и задоволяваме потребности на по-високо ниво, толкова по-духовни мисли започват да вълнуват съзнанието ни. Проучването на мнението на служителите относно това, чие мнение за тях носи най-силен принос за удовлетвореност или неусовлетвореност от работата им, изразено в предизвикване на негативни емоции при негативна реакция от трето лице, показа следните резултати: на най-много служители (40 %) изразът на неудовлетвореност от страна на ръководството носи негативни емоции, на 32 % пациентите влияят най-силно, 11 % смятат мнението на колегите си за най-важна оценка за тяхната работа, 17 % не смятат за нужно да получават неприятни усещания, защото има неудовлетвореност от работата им.

Фиг. 41. Носители на неудовлетвореност, предизвикващи в служителите негативни емоции.



Мотивацията и мотивирането не преследват само целта да се привличат и задържат служители. Извън това е важно да се постигне качествена услуга. Мотивирането като цяло може да следва три насоки:

- Да подтикне сътрудниците да извършват определена работа;
- Да подтикне сътрудниците да интегрират своята работа в дейността на другите;
- Да подтикне сътрудниците да запазят своята принадлежност към организацията.

Важно е да се разбере, че често става дума за дребни неща, за „думата между редовете“, за кратък въпрос за състоянието, за положителен отговор. Също и за това темата Оценка на ценностите играе решаваща роля при успеха на ръководството. На следващата таблица са конкретизирани възможностите за подкрепа на ръководните кадри и на организацията, съпоставени с пирамидалната структура на Маслоу.

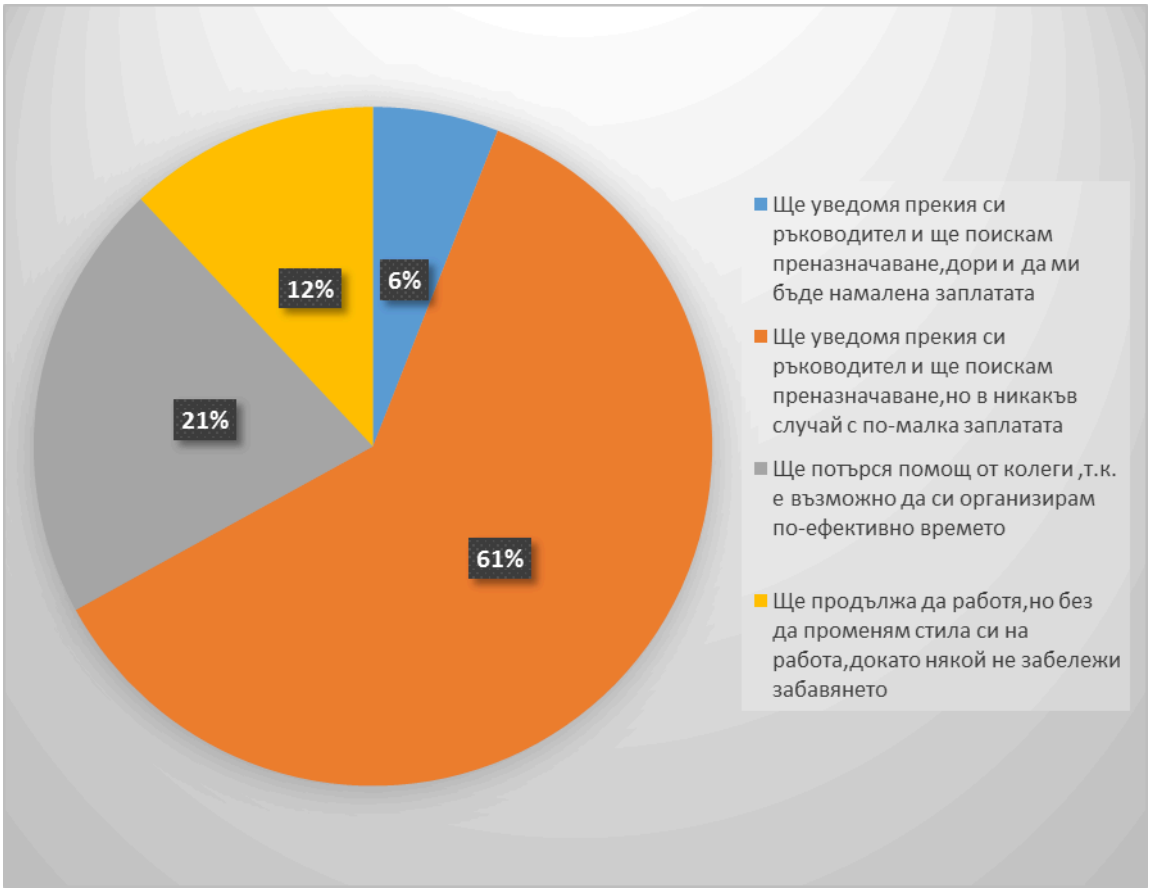
Табл. 14. Мотивация в рамките на отделните потребности по примера на Кноублаух. [75]

Мотивация в областта	**Възможности за подкрепа на ръководните кадри**	**Възможности за подкрепа на предприятието**
Лична реализация	Лични възможности за представяне Поощрителни дейности	Квалификация и преквалификация Разширяване и обогатяване на задачите
Оценка на ценностите	Обратна информация (похвала и критика) Делегиране на отговорности и право на вземане на решения	Непарични поощрения (напр. бонбони или подаръци за рождени дни) Добавки към заплатата
Принадлежност	Участие при взимане на решения Принцип на отворени врати	Прозрачна информация (напр. бюлетин за сътрудниците) Работа в екип и подкрепа на екипа
Сигурност	Информация за задачите и очакванията Ясни правила и предписания	Информация за икономическата сигурност на предприятието Социални дейности
Физиологични потребности		Заплата и възнаграждение Възможности за движение и почивка Лекар на предприятието

За да изгради репутация, организацията трябва да излъчва притегателна сила, трябва човекът действително да е на централно място. Ако обещаното в концепцията не се приложи в действителност, лечебното заведение губи много бързо доверие и следователно атрактивност. Изследвания в бранша показват винаги, че служителите в голяма степен се чувстват оценени и че твърде малкото уважение е спирачка номер едно в мотивацията. Също и служителите, ангажирани с медицнски грижи, желаят повече признание на тяхната професионална и лична работа. Служителите в МК Доверие дават положително становище по този въпрос. 67 % заявяват, че се чувстват достатъчно спокойни да уведомят и потърсят помощ от прекия си ръководител при затруднение с работата и поставените задачи, от тези 67 % - 61 % не са съгласни да получават по-ниско възнграждение, но 6 % са съгласни при положение, че ще могат да изпълнят работата си. В лицето на колегите си една пета от запитаните виждат потенциал за подпомагане и разрешаване на казуса, а 12 % по-скоро нехаят за резултатите от тяхната работа.

[75] Knoblauch R.: Motivation und Honorierung der Mitarbeiter als Personalbindungsinstrumente. In R. Broeckermann & W. Pepels (Hrsg.), Personalbindung-Wettbewerbsvorteile durch strategisches Human resource Management, Berlin, Erich-Schmidt, 2004

Фиг. 42. Действия, които анкетираните биха предприели, при несправяне и затруднение с работата.



Въз основа на направените проучвания, както и на промяна в стратегията на организацията, МК Доверие изготви наръчник за справяне с различни ситуации при управлението на човешките ресурси. Признанието и уважението тясно зависят от мотивацията и стимулите. Най-голямата разлика между тях е, че признанието (както и уважението) е индивидуално към дадено лице. Повечето стимули се дават общо на голяма част от служителите или на всички служители. Системите за стимулиране обаче са добър инструмент за мотивация и обвързване на служителите, дори когато те действат по-анонимно по отношение на личното уважение. Използването на признанието и уважението в действителност означава повече ангажимент за отделния ръководител, действа обаче по-силно и по-трайно. Но какви са конкретните възможности да се покаже уважение на служителите в ежедневието?

Табл. 15. Възможности на уважително поведение към служител

Уважение чрез ...	**В детайли...**
Гласност на успехите на служителите	Отделяне на време и внимание Активно слушане
Ясна и убедителна обратна връзка	Повече внимание на позитивното Похвала непосредствено след постижение (по-силно въздействие)
Информиране на служителите	Активно участие в дейността на дружеството
Оказване на помощ при грешки или високи изисквания	При грешки или високи изисквания да не се оставя сам Подкрепа при критика
Възлагане на задачи, които не претоварват служителите	Възлагане на реални превокиращи задачи Възможности за успех чрез поставяне на задачи
Включване на служителите при вземане на решения	Молба за професионален успех Молба за лично мнение
На разположение за разговори и мнения	Определена медия за комуникация (мейл, мобилен телефон) Определени приемни часове/отворени врати
Показване на интерес към личния живот на сътрудника	Разкази при желание за семейни събития Предлагане на помощ при спешни случаи

Нещо, което винаги липсва, но е безкрайно важен елемент за уважението, е времето. Уважението е време и да покажеш уважение често означава „само“ да отделиш време. За даден служител често са достатъчни няколко минути, които му се отделят, за да се почувства оценен. Трябва да се попита за неговото състояние, за успехите и да се изрази похвала. Изключително е важно освен това да се слуша внимателно, може би има скрито послание и служителят се нуждае от помощ или подкрепа в даден момент. Когато човек успее, продължително или по-кратко, да остане в диалог със своя служител, бързо ще забележи как се променят настроенията и чувствата. Показва се открит интерес, че служителят е ценен за него.

Дори когато претенциите и изискванията към ръководството на персонала и към ръководителите постоянно нарастват, съществуват множество конкретни възможности те да бъдат обслужени. Основна задача на ръководните кадри е да притежават умението да обмислят и качеството да се грижат добре за себе си, да проверяват своите компетенции и да ги развиват.

1.7 Значение и място на мениджмънта на персонала в модерното ръководство на болнично заведение

Въпросът дали дадено предприятие дългосрочно е успешно или не, винаги се отнася до персонала. Докато при други браншове има на разположение повече или по-малко квалифициран персонал или най-често могат да се запълнят съществуващи вакантни места, ситуацията в здравеопазването и по-конкретно с медицинския персонал е много различна. Поглеждайки в бъдещето, но също и от най-новия опит от настоящето, отговорните за решенията в тази област знаят добре, че „войната на талантите“ се е превърнала във „война за всеки“. Намирането на служители и тяхното обвързване е определящата тема през следващите години. Когато преди не много дълго време темата за мениджмънт на персонала в лечебните заведения е била често подценяван приоритет, днес модерното ръководство не може да пренебрегне бързото повишаване на значението на мениджмънта на човешките ресурси. Основни причини подчертават още веднъж тази значимост:

- Демографската промяна;
- Необходимост от грижи;
- Липса на квалифициран и ръководен персонал;
- Необходимата гаранция за качество на грижата чрез непрекъснатост на грижите и обслужването.

Населението в България през следващите 40 години ще става все по-старо. С едновременно увеличаващата се продължителност на живот групата над 65 години ще продължи да нараства. По този начин потребността от медицински грижи ще се увеличава. Едва ли ще има необходимост от нови потенциални клиенти. Напротив, още днес в някои лечебни заведения съществува проблемът за отказ на приемане на нови пациенти. По друг начин стоят нещата в сферата на служителите. Заетите лица ще могат през следващите години да избират от между различни предложения за работно място. Те много по-прецизно ще гледат какво им предлага дадена болнична структура и доколко това ги удовлетворява. Модерното ръководство трябва да бъде активно, да планира стратегически своя мениджмънт на човешките ресурси, да бъде адекватно и да представя и печели от това целенасочено. Само тогава болницата има дългосрочно шанс да се утвърди на конкурентния пазар и да привлича активно служители.

При нарастващата сложност на тази област и новият смисъл (заедно с класическия като назначаване, ръководство, развитие на персонала и т.н.) за позиционирането като атрактивен работодател, набиране на служители, създаване на системи от стимули и др. стои въпросът доколко всичко това компетентно е постижимо от досегашните ръководители. За да може да се удовлетворят всички изисквания, реално трябва в повече случаи да се ангажират повече от едно или две лица – особено когато те много често са изключително натоварени на своите

позиции. Това предполага осъзнаване на бъдещите предизвикателства и честно признаване на слабостите и рисковете и едновременно с това може да означава най-малкото отпадане във времето на досегашни приоритети.

На първо място недвусмислено трябва да се изясни значението, което има и трябва да има в бъдеще мениджмънтът на човешките ресурси в лечебното заведение. Едва тогава могат и трябва да се подредят отговорностите, които трябва да се разпределят на базата на повишеното значение и при опеделени обстоятелства между повече лица. Затова поемане на отговорност и стартиране на стратегическото планиране в областта на мениджмънта на персонала трябва да изработи и допълни съществуващите елементи на мениджмънта с липсващите инструменти за мотивиране и управление на човешкия капитал. Трудно е обаче да се приложи теорията в практиката. Визията трябва да се конкретизира в рамките на разбираеми живи модели на организацията и принципи, преди те да се приложат отново в операционализирани стратегии и ежедневни правила. Това в практиката често представлява едно от най-големите препятствия, защото ако теоретичните разсъждения не се усещат в ежедневната работа, рано или късно те ще станат неизползваеми както за служителите, така и за цялото болнично заведение.

Принципите, които трябва да се реализират в рамките на мениджмънта на човешките ресурси, следва здраво да се вкоренят в културата на управляваната структура, защото само тогава е възможно необходимото съгласуване на различните мерки, инструменти и тяхното внедряване.

Служителите трябва лично да участват при всички обсъждания. Дори когато от ръководството трябва да се определят целите и по-висшите стратегии, към мениджмънта на персонала трябва да бъдат привлечени и експертите. В повечето случаи служителите са благодарни, когато могат да предложат своя ангажимент, да бъдат питани и изслушани и дори в даден случай да могат лично да поемат допълнителна отговорност. За да могат инициираните правила и стратегии да станат реалност, от голямо значение е служителите предварително да могат да участват в тяхното развитие. По този начин приемането на тези мерки се увеличава многократно и се избягва съпротивата от нововъведения в работата.

Успешният резултат е причина за пълно удовлетворение, а не негово следствие. За това обаче са необходими не само усилия, но и способни хора, подходящи възнаграждения, адекватни възприятия за възнаграждения и ценности.

V Глава. Изводи и препоръки

В резултат на направеното проучване сред работещите медицински и други специалисти, работещи в „МК Доверие“, могат да се изведат следните изводи:

1. Повече от една трета от анкетираните смятат, че професионалният мениджмънт в сферата на здравеопазването изобщо не е внедрен.

2. Най-важни мотивационни двигатели за служителите са „Възможността за развитие и израстване в кариерата“, „Възможността за повишаване на квалификацията“ и „Моралното удовлетворение от добре свършената работа“.

3. Успешната маркетингова стратегия изисква модерно обучение на мениджърите в здравната система, които имат отговорности за разработването на пакета от здравни услуги и продукти, ценообразуването и разпространението, за анализа на поведението на потребителите, определянето на пазара и изграждането на план за маркетинг.

4. Прилагането на маркетинга в болничната структура способства за по-ефективен начин на управление на ресурсите на структурата и поставя потребностите на отделния индивид (и пациент, и служител), като първи приоритет за дейността и резултата.

5. Медицинските специалисти знаят за зависимостта от високата оценка на медицинските грижи и необходимостта от информиране на пациента и взаимовръзката им за повишаване удовлетвореността на пациента.

6. Организациите в сферата на здравеопазването следва активно да привлекат експертите и своите служители в разработването и прилагането на конкретните стратегии за действие. Служителите са ключът към успеха и на базата на своя опит могат да допринесат за конкретни възможности, потребности и граници.

7. Практикантските програми носят добавена стойност за практикантите и за лечебното заведение. При тази програма обвързаността на специалистите, които след проведен стаж в болницата започват работа на трудов договор, е много по-висока, както и същите тези служители показват по-висока удовлетвореност при получаване на повече отговорности и задачи.

8. За изграждането на репутация, организацията трябва да излъчва притегателна сила и човекът действително да е на централно място. Ако обещаното в концепцията не се приложи в действителност, лечебното заведение губи много бързо доверие и следователно атрактивност.

9. Добрият мениджмънт се ръководи от два вида цели в управлението на човешките ресурси – икономически и социални. Само паралелното им балансиране допринася за мотивиран персонал.

10. Все още най-силният стимул за мотивация на персонала в лечебното заведение остава по-високото заплащане.

11. Използването на признанието и уважението като мотивационнен елемент в действителност означава повече ангажимент за отделния ръководител, действа обаче по-силно и по-трайно.

12. Търсенето на оптималната мотивационна система за управление на поведението на хората не е лека работа. От една страна мениджърът трябва да разбира хората които ръководи, да познава техните потребности, цели, интереси и да намира подходящите мотиви за оказване на въздействие. Някои хора търсят успех, уважение, престиж, статус, други търсят сигурност и привързаност, трети - професионална изява. За всеки от тях трябва да се намерят подходящи стимули, възможности за индивидуална мотивация, за да достигнат до своята професионална изява.

От направените изводи могат да се извлекат следните препоръки:

I. Към Министерство на здравеопазването:

1. Промяна в нормативната база, касаеща здравното осигуряване, като по-конкретно демонополизиране на здравната каса.
2. Прилагането на маркетингов подход в болничния мениджмънт с баланс на трите вида интереси на потребителя, на обществото и на болницата, базиран на маркетинг-микса и постоянното прогнозиране на бъдещата дейност и конкурентната среда ще доведе до постигането на по-високи резултати в работата на лечебното заведение.

II. Към Ръководството на МК Доверие АД

1. Маркетинговата стратегия на болницата трябва да се сведе и разясни до всички нива на служителите, т.к. от всеки един зависи качеството на обслужване на пациента и неговата удовлетвореност от получената услуга.
2. Персонализирани стратегии за мотивация на човешките ресурси.
3. Разработване на нови продукти (услуги), които болницата да предлага на пациентите и които да носят добавена стойност за служителите в нея.

4. Регламентиране на разнообразни и системни комуникационни дейности за оказване въздействие върху потенциалните пациенти за избор на лечебното заведение.
5. Непрекъснато събиране и оценяване на идеите за нови услуги (не само медицински), както и предприемане на мерки за усъвършенстване на съществуващите.
6. Предоставяне на допълнителни възможности за квалификация на медицинските специалисти и имплементиране на иновативни методи в лечебното заведение.
7. Постоянство в политиката на човешките ресурси и мотивационните й елементи, за да има постоянство на качеството на предлаганите медицински услуги.

III. Към служителите в МК Доверие АД

1. Повишаване на нравствено-моралните задължения на медицинските специалисти и отговорността им към пациентите като част от социално-етичната маркетингова стратегия.

Заключение

В съвременното здравеопазване ръководителите са поставени в нестандартни и трудни условия на работа – условия на ограниченост на човешки, материални, финансови ресурси и време, конфликтни ситуации, нови норми и стандарти, повишаваща се отговорност и изисквания за иновации при постоянно изменяща се среда. Здравният мениджър трябва да е добре подготвен, да има идеи, да разполага с добре обучен екип, да познава потребностите на населението от здравна помощ и преди всичко целевите контингенти от пациенти (фокус групи), към които да се насочи и разшири сегашната и бъдеща дейност на болничната структура. В тази обстановка от мениджъра се очаква да осигури баланс между интересите на потребителя (пациента), лечебното заведение, служителите и обществото.

Маркетингът е изкуство, наука и практика да намериш възможности, които да развиеш и да превърнеш в печеливши.Удовлетворяване изискванията на пациентите и формиране на предпочитание към услугите на дадена структура е основната маркетингова дейност. Този подход е свързан с промяна в мисленето на работещите на всички нива – от директор до хигиенист. Целта е ориентиране на цялостната дейност на организацията към потребностите и желанията на избраните групи клиенти.

В заключение следва да се отбележи, че европейската и световна практика в областта на болничния маркетинг е добра основа за бъдещето развитие на тази дейност във всяка една лечебна структура в Р. България. Високата добавена стойност за пациентите изисква интензивност и постоянство в инвестирането в обучение за медицинските специалисти и по-високо изискване за качество от тях. Все повече медицинската сфера се насочва към телемедицината, електронното здравеопазване и не на последно място към персоналната медицина. За да има добро качество на услугата, висока удовлетвореност на населението от системата на здравеопазване, в частност от продукта, който получават, трябва да се отговори на основното изискване – конкуренция при предлагането на услуги и стоки в здравеопазването. Услугите, от които не са удовлетворени пациентите не са само тези, които те получават в болничното заведение, а общо от недобро взаимодействие в системата на здравеопазване. Това води до извода, че НЗОК като монополна структура в държава с пазарна икономика, не отговаря на световните насоки към демократизиране и отваряне на пазара на здравни услуги.

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. Юрукова, Горекс Прес, 2001, с. 97-100
2. Балканска П., З. Савова, Мениджърът като лидер или как тези две позиции да се съвместят. Здравен мениджмънт, том 3, 5 , 2003,11-14.
3. Балканска П., Модел за развитие на лидерска компетентност в сферата на здравеопазването, непубл. хабилит. труд, София, 2010.
4. Балканска П., Психологични подходи в здравния мениджмънт, Булвест 2000, София, 2009.
5. Балканска, П. Има ли дефицит на лидери в здравеопазването – преодолим ли е? – Медицински мениджмънт, 2010,2, 39-44.
6. Балканска, П., Комуникативната компетентност – необходимо социално умение на мениджъра, Здравен мениджмънт, т. 3, 2/2003 г.
7. Балканска, П., Психологът в помощ на мениджъра, Здравен мениджмънт, том 4, 5, 2004, 26-29.
8. Балканска, П.: Възрастният човек като пациент, Клинична геронтопсихология в здравните и социалните грижи, София, Изд. „Булвест 2000“, 2003
9. Балканска, П.: Модел за развитие на лидерска компетентност в сферата на здравеопазването, непубл. хабилит. труд, София, 2010.
10. Балканска, П.: Приложна психология в медицинската практика, София, 2000, с. 163
11. Борисов, В. Стратегически здравен мениджмънт – философия и практика. С., 2006, 320 с.
12. Борисов, В., З., Глутникова, Ц. Воденичаров, Ново обществено здравеопазване, изд. Аква графикс ООД, С. 1998, с. 266
13. Борисов, В., К. Кирилов. Мениджмънт на кариерата. В: Ново обществено здравеопазване, 1998, с. 282-284.
14. Борисов, В.: Здравен мениджмънт, 2009, с. 280
15. Борисов, В.: Управленският професионализъм в здравеопазването – реалност или мит? - Медицинси меридиани, списание за стратегически здравен мениджмънт, 2014
16. Българска стопанска камара, доклад « Здравеопазване 2014г.: състояние, проблеми, решения, предизвикателства», март 2014г.
17. Веков, Т. Стратегия и управление на маркетинга – принципи и приложение в здравеопазването. С., 2011, 320 с.
18. Воденичаров, Ц. Професионалният здравен мениджмънт няма алтернатива, списание Медицински меридиани, 2014г., бр.2, 3-7 стр.
19. Воденичаров, Ц., В. Борисов, Ст. Гладилов, К. Чамов, Д. Кръшков. Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване. Здравен мениджмънт, 2008, том 8, №1, 53-61.
20. Воденичаров, Ц.: 10-те принципа на медика и мениджъра, София, 2010, с.140
21. Воденичаров, Ц.: 7-те разлики между медика и мениджъра, София, 2003, с.75
22. Воденичаров,Ц., Път в медицината, София,БАН,1992.
23. Воденичаров,Ц., С.Попова, Медицинска етика, София, ДАК,2003.
24. Воденичарова А., А. Янакиева, Св. Георгиев, Вл. Воденичаров: Как лидерството се превръща в печелившето преимущество на менидъърите в системата на здравеопазването, Юбилейна научна конференция с международно участие „Науката и образованието – традиции и бъдеще“, 2-3.10.2014 г., Съюз на учените в България, Клон Кърджали, стр. 271-273

25. Воденичарова А., А. Янакиева: Днес и лидер?Днес и лидер, и мениджър!, Научна сесия „Международна конференция на младите учени, Съюз на учените в България – Пловдив, 13-15.06.2013, Пловдив, стр. 418-421
26. Воденичарова А.: Новият стил на управленски професионализъм в здравеопазването, Дисертация, 2016, 229 стр.
27. Гладилов, Ст., Делчева, Ев.: Икономика на здравеопазването, 4. издание, София, 2009, с. 486
28. Гладилов, Ст., Делчева, Ев.: Начини на финансиране на здравеопазването, Икономика на здравеопазването, София, 2000
29. Гладилов, Ст., Янакиева, А., Воденичарова, А.: Маркетинг в здравеопазването, Принцепс Маринови ООД, София, 2015, с. 218
30. Гладилов, Ст.: Икономически аспекти на изграждане на капацитета на здравеопазването в Република България, София, 2004
31. Деливерска, М. Генетична дискриминация – същност, регламентация и защита. Сиби, 2013, ISBN: 9789547308527, 328 стр
32. Димитров, Д., Стил на лидерство и мениджмънт в болницата, Здравна политика и мениджмънт, 2009,2, 25-30.
33. Димитров, Д., Управленска компетентност на началник отделенията и старшите сестри, Здравна политика и мениджмънт, 2008,5, 76-79.
34. Димитров, Д.: Проблеми на професионалната кариера на болничния мениджър. Автореферат, 2008
35. Димитров, Д.:Ефективният болничен мениджър. 2009, 96 с.
36. Димитров, П. Каталог на компетентностите, Психоблог, 2007
37. Доклад «Здравеопазване 2014г. на Българска стопанска камара: състояние, проблеми, решения, предизвикателства», март 2014г.
38. Дракър, П. Мениджмънт на предизвикателствата през 21 век. Издателство “Класика и стил”, 2000;
39. Еленски, К.: Структура и особености на пазара на здравни услуги в България, Дипломна работа, Пловдив, 2002, 60 с.
40. Закон за здравето
41. Закон за здравното осигуряване
42. Закон за лечебните заведения
43. Кирилов, К.: Маркетинг в здравеопазването, София, 2001, с 160
44. Китов, Б. Болничен мениджмънт - теория и актуални подходи. Изд. Булгарика, 2003, 56 с.
45. Костадинова, Т.: Маркетингови подходи и управление на болницата. – Здравна икономика и мениджмънт, 2001, 2, 3-12.
46. Котлър, Ф.: Хаотика Мениджмънт и маркетинг в епохата на турболентността, София 2009, с. 262
47. Лалев Н.: Маркетинговата култура като управленски проблем на болницата, Дисертация, 2009
48. Маринова, Е.: Маркетинг, 4 издание, 1999, с. 411
49. Младенов Р., Е. Сыбева, А. Янакиева: Больница через призму рынка, Международна научна школа „Парадигма“. Лято-2015, Сборник научни статии в 8 тома, Том 7 Медицина, Варна, 2015, стр. 229-232
50. Нейкова М., М. Деливерска, Правни аспекти на мобилното здравеопазване, Бургаски свободен университет, Юридически сборник, том XXIII, 2016, с. 379 - 384
51. Петков, В.: Удовлетвореност от качеството на медицинската помощ след въвеждането на задължителното здравно осигуряване, сп. Здравен мениджмънт, 2004, Бр. 4, стр. 28

52. Петров, М., М. Александрова. Непрекъснато обучение и професионализъм. В: Етиката в българското здравеопазване, 2007, 347-353.
53. Петрова, З. / Чамов, К. / Гладилов, Ст.: Качеството в здравеопазването. Съвременни измерения и тенденции, „Хелт Медиа Груп“, 2008, ISBN 078–954–92188-1-7
54. Политики в здравеопазването – икономически анализ и оценки.в: Икономическо развитие и политика в България: оценки и очаквания. ИИИ при БАН 2013
55. Попов, Т. Мотивацията за учене на обучаваните в системата на общественото здраве. – Здравен мениджмънт, 2006, 2, 55-60.
56. Попова, Кр.: Клиничен мениджмънт като концепция и практика – Медицински меридиани, 2010, 2, 2-6.
57. Попова, С.: Социалноетични измерения на здравния мениджмънт. 2004, 140 с.
58. Спиридонов Ст., П. Трендафилова: Предизвикателства пред професионалната кариера на човешките ресурси в частна болница. III Национална научна конференция 2009, 7 години Федерация “Образование и наука”, гр. Пловдив, Сборник (доклади), изд. “Имеон”, Пловдив, 2009, с. 204-208
59. Трендафилова П.: Обучението по маркетинг в здравеопазването в полза на болничните мениджъри. Националната стратегия за висше образование и пазарът на труда в България. Сборник доклади от Петата международна научно-практическа конференция «Преподаване, учене и качество във висшето образование» 2008, 13-14 юни 2008 г., Правец, 2008, с. 440 – 446
60. Христов, Ж. / Стоянов, Др.: Психология на управлението в здравеопазването, Пловдив, 2009, с. 135
61. Чамов, К. Здравеопазване – системи. Реформата на здравеопазването в България. В: Здравна икономика, Стови, Пловдив, 2001, 201-207.
62. Чамов, К., А. Кехайов. Технология за избор на приоритети в здравеопазването. – Здравен мениджмънт, 2006, 6, 51-56.
63. Чамов, К.: Здравеопазване – системи. Реформата на здравеопазването в България. В: Здравна икономика, Стови, Пловдив, 2001, 201-207.
64. Черкезов Т.: Удовлетвореност на пациентите от болнично лечение, Медицински мериадиани, бр. 3, 2013, стр. 8-14
65. Черкезов, Т.: Регионални здравни приоритети базирани върху системен анализ на общественото мнение, АБ ЕООД, Стара Загора, 2013, ISBN 978-954-652-021-0
66. 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
67. Шопова, К. Стил на мениджърско поведение - актуални проблеми. - Здравен мениджмънт, 2002, 1, 11-16.
68. Янакиева А., З. Савова, В. Петков: Активиращи процеси на поведението и вземане на решение за покупка за медицински услуги в дома, Здраве и наука, ISSN 1314-3360, 2013, стр. 34 – 38
69. Янакиева А., Имплементиране на мениджмънт на качеството при здравните грижи, Здраве и наука, Година 2, Брой 4, 2012, стр. 56 – 61
70. Янакиева А., Р. Младенов, П. Чавдаровски: Дейности и цели на болничния маркетинг, Списание Здравна политика и Мениджмънт, 2015, том 14, № 2, ISSN 1313-4981, стр. 26-33
71. Янакиева А.: Маркетинг на дейността „медицински патронаж в домашни условия“, Дисертация, 2012, 167 стр.
72. Янакиева А.: Маркетинг на дейността медицински патронаж в домашни условия, Ивент Куин, София, 2014с. 146
73. Янева, Р.: Микроикономикс на болничното лечебно заведение, София, 2011

74. Янева-Деливерска, М. Медиация в здравеопазването. Европейски етични стандарти и българската медицина. Сболник статии, Издател: Български лекарски съюз, 2014. с 569-572
75. Янева-Деливерска, М. Принципът на недискриминация по признак човешки геном. С.: Сб. Научни трудове на ИДП, 2011, том VI, 73
76. Aleksandrova M., A. Yanakieva, A. Vodenitcharova: The continuous training of medical nurses – one of the priorities of the health reform in Bulgaria, Archives of the Balkan Medical Union, The Official Journal of the Balkan Medical Union, Vol. 48, Sept. 2013, ISSN 0041 – 6940, p. 14-17
77. AMACOM-American Management Association,Productivity Drive, People Management,April, 2004
78. Becker, J.: Marketing-Konzeption – Grundlagen des strategischen und operativen Marketing-Managements, München, 1998
79. Becker, W.: Verkaufspsychologie: theoretische Grundlagen und praktische Anwendungen, München / Wien, 1998
80. Bennis, W. On Becoming a Leader. Perseus Books, 1994
81. Berekoven, L. / Eckert, W. / Ellenrieder, P.: Marktforschung: Methodische Grundlagen und praktische Anwendung, 11. Auflage, Wiesbaden, 2006
82. Berthel J., Becker F.G.: Personalmanagement – Grundzuege fuer Konzeptionen betrieblicher Personalarbeit (6. Aufl.), Stuttgart: Schaeffer-Poeschel, 2007
83. Bieberstein, I.: Dienstleistungs-Marketing, 2. Auflage, Kiel, 1998
84. Borisov, V., B. Borisova. Leadership - an undervalued resource of the health reform. – Fourth International Medical Congress, 11-15 September 2013, Portoroz, Slovenia.
85. Braun, G. E.: Ziele in der öffentlichen Verwaltung – die Sicht der öffentlichen Betriebswirtschaftslehre, in: Verwaltung / Organiyation / Personal (VOP), 14. Jg., Heft 3, 1992, 162 – 169
86. Burgoyne J. at al. The Development of Management and Leadership Capability and its Contribution to Performance, Henley, DfES Research Report 560, 2004.
87. Deliverska M., A. Kehayov, Legal education of healthcare professionals, Journal of educational and instructional studies in the world, June 2016, vol. 6, spceial issue 1, art. 19, 134-140
88. Deliverska M., Yanakieva A., Vodenitcharova A., Georgiev S., Ethics and human rights in health research – Bulgarian perspective, 45th Research and Innovations Medical Conferecne 2016 Plovdiv, Bulgaria, 25-28 November 2016, oral presentation
89. Dilts R . Visionary Leadership Skills . Meta Publications , CA , 2002, p . 17
90. Drucker, P. The coming of the new organization. Reprinted in Harvard Business Review on knowledge management. Boston: Harvard Business School Press, 1998, pp. 1-19.
91. Drucker, P.: Management: Tasks, Responsibilities, and Practices, New York, 1973
92. Duncan, W., P. Ginter, L. Swayne.: Strategic Management of Health Care Organizations. Boston, 1992, 788.
93. Engelhardt, W. / Kleinaltenkamp, M. / Recktenfelderbäumer, M.: Dienstleistungen als Absatzobjekt, Arbeitsbericht № 52 des Instituts für Unternehmensführung und Unternehmensforschung, Bochum, 1992
94. Fiechter, V. / Meier, M.: Pflegeplanung, Eine Anleitung für die Praxis, 10. Auflage, Fritzlar 1998
95. Garvin, D. Building a learning organization. - Harvard Business Review, 1993, 71, 4, 78-91.
96. Gjerberg E. Gender differences in doctors' preference - and gender differences in final specialisation. Social Science & Medicine. - 2002;54:591–605.
97. Gjerberg E. Medical women - towards full integration? An analysis of the specialty choices made by two cohorts of Norwegian doctors. - Social Science & Medicine. 2001;52:331–343.

98. Gjerberg E. Medical women - towards full integration? An analysis of the specialty choices made by two cohorts of Norwegian doctors. Social Science & Medicine. 2001.
99. Gleitman, H.: Psychologie, 4. Auflage, Pennsylvania, 1994
100. Golinowska, St. Changes and reforms of healthcare system in transition countries. – European Health Conference, Bulgaria, 2006, 315-372.
101. Grifith, J., White, K.: The revolution in hospital management. – Journal of Healthcare Management, 2005,5, 49-55.
102. Grönroos Ch.: Service management and marketing: a customer relationship management approach, Wiley, 2000, Second edition
103. Harrison J., T. van Zwanenberg.Bridging the gap after vocational training. - BMJ 1998, 7148, Volume 316.
104. Hasseler, M. / Meyer, M.: Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte für die Zukunft, Schlütersche, 2004, 172 p.
105. Hentze J., Kammel A.: Personalwirtschaftslehre 1 (7. Aufl.), Stuttgart: Haupt, 2001
106. Hinterhuber, H. H. / Handlbauer, G. / Matzler, K.: Kundenzufriedenheit durch Kernkompetenzen – Einige Potentiale erkennen – entwickeln – umsetzen, München – Wien, 1997
107. Ivanchevich, J., M. Matteson. Management and Organizational Behaviour. 7 th ed. Boston: Irwin, 1999.
108. Kessler, D., & McClellan, M. Do doctors practice defensive medicine? Quarterly Journal of Economics, 1996, 111(2), 353—390.
109. Kickbusch, I. Perspectives on health governance in the 21st Century in Marinker, M (ed.) Health Targets in Europe: Policy, progress. 2005.
110. Knoblauch R.: Motivation und Honorierung der Mitarbeiter als Personalbindungsinstrumente. In R. Broeckermann & W. Pepels (Hrsg.), Personalbindung-Wettbewerbsvorteile durch strategisches Human resource Management, Berlin, Erich-Schmidt, 2004
111. Kotler, P. / Armstrong, G.: Grundlagen des Marketings, 4. Auflage, Stuttgart 2001
112. Kotler, P. / Bliemel, F.: Marketing – Management Analyse, Planung, Umsetzung und Steuerung, 9. Auflage, Stuttgart 1999
113. Kotler, P.: Marketing Management, The Millenium Edition, New Jersey 2000
114. Kotler, Ph. / Shalowitz, J. / Stevens, R.J.: Strategic Marketing for Health Care Organizations. Building a Customer-Driven Health System, San Farncisco, 2008
115. Kotter, J. Leading Change, Harward Business School Press , 1996.
116. Kroeber-Riel, W. / Weinberg, P.: Konsumentenverhalten, 6. Auflage, München, 1996
117. Kruse, M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, 330 p.
118. Kuehner o., Siegel N., Karsten K.: Pflege zur Marke machen. Stuttgart: Kohlhammer, 2008
119. Lambert EM, Holmboe ES. The relationship between specialty choice and gender of U.S. medical students, 1990-2003. Academic Medicine. 2005;80:797–802. .
120. McManus IC, Sproston KA. Women in hospital medicine in the United Kingdom: glass ceiling, preference, prejudice or cohort effect? J Epidemiol Community Health. 2000;54:10–16.
121. Meffert, H. / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997
122. Meffert, H.: Marketing Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele; Wiesbaden 1998
123. Meyer, A. / Werterbarkey, P.: Bedeutung der Kundenbeteiligung für die Qualitätspolitik von Dienstleistungsunternehmen, 2. Auflage, Wiesbaden, 1995

124. Mitzdorf, U.; Beck, K. Frauenspezifische Probleme in der Medizin aus feministischer Sicht. In: Рцppel E, Bullinger M and Ндrtel U. , editor. Medizinische Psychologie und Soziologie. Weinheim, Chapman & Hall; 1994. pp. 386–404.
125. Nieschlag, R. / Dichtl, E. / Hörschgen, H.: Marketing, 18 Auflage, Berlin, 1997
126. Poehlmann K, Brunstein J. GOALS: Ein Fragebogen zur Messung von Lebenszielen. Diagnostica. 1997;43:63–79.
127. Porter, M., Teisberg, E. Redefining competition in healthcare. - Harvard Business Review, (2004). 82(6), 65—77.
128. Porter, M.: Competitive Strategy, New York, 1980
129. Radev E., A. Yanakieva, R. Yaneva, Kr. Vizev, M. Vizeva, A. Yankova: Principles of human resources management in the healthcare organization, Asklepios, 2013, № 2, p. 81 – 84
130. Reuschenbach B.: Personalgewinnung und Personalauswahl in der Pflege, Muenchen: Elsevier, 2004
131. Sanchez, A. The Contribution of Personality Type (Preference) and Selected Situational Factors to Visionary Leadership Behavior. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Colorado at Denver,1988.
132. Schappe, Stephen P. The Influence of job satisfaction, organizational commitment, and fairness perceptions on organizational citizenship behavior. Vol. 132, The Journal of Psychology, 05-01-1998, pp. 227(14).
133. Schrieman, C., J. Toliver, O. Behling . Leadership Theory: Some Implications for Managers . MSU Business Topics, Summer , 1978.
134. Sharon Buchbinder, Jon Thompson. Career Opportunities in Health Care Management: 2010, Jones and Bartlett Publishers, LLC
135. Stewart, M., I. McWhinney, C. Buck: The doctor/patient relationship and its effect upon outcome, Journal of the Royal College of General Practitioners, Febr. 1979, p. 77-82
136. Strategy visions for European Healthcare at the beginning of the 21 centery, Report to the European Parlament, 4.12.2003
137. Stuehrenberg L.: Oekonomische Bedeutung des Personalbindungsmanagements fuer Unternehmen. In R. Broeckermann & W. Pepels (Hrsg.), Personalbindung – Wettbewerbsvorteile durch strategisches Human Resource Management, Berlin: Erich-Schmidt, 2004
138. Taylor, K., Lambert, T., Goldacre, M. (2008). Future career plans of a cohort of senior doctors working in the National Health Service. JRSM 101: 182-190.
139. Thommen , Achleitner, Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, Gabler, 3. Auflage
140. Thornton J, Esposto F. How important are economic factors in choice of medical specialties? Health economics. 2003;12:67–73. doi: 10.1002/hec.682.
141. Tracey A. LaPierre, Mary K. Zimmerman, (2012) "Career advancement and gender equity in healthcare management", Gender in Management: An International Journal, Vol. 27 Iss: 2, pp.100 – 118
142. Trendafilova P., K. Kirilov. Satisfaction of Needs and Patients' Expectations of Hospital Care: The Case of Bulgaria. In: Management in Health Care Practice: A Handbook for Teachers, Researchers and Health Professionals. Hans Jacobs Publishing Company, Zagreb, ISBN: 978-3-89918-175-3, 2008: 195-203
143. Uhl, A.: Qualitätsentwicklung sozialer und gesundheitlicher Dienste für Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf, Lit Verlag, 2008, 231 p.
144. Vakratsas, D. / Ambler, T.: How advertising Works: What do we really know?, Journal of Marketing, Volume 63, Number 1, January, 1999
145. Valian, V. Why so slow? The advancement of women. Cambridge, Mass., London, MIT Press; 1999.

146. Walton, P. Isolation and professional adaptation. - 10th IAALD World Congress, Dakar, 24-28 January 2000.
147. Weh, H. / Sieber, B.: Pflegequalität, München / Wien / Baltimor 1995
148. Wetterer, A. Professionalisierung und Geschlechterhierarchie. Vom kollektiven Frauenausschluss zur Integration mit beschrдnkten Mцglichkeiten. Vol. 3. Kassel, Wissenschaft ist Frauensache. Neue Folge; 1993.
149. WHO Regional Office for Europe. Highlights of Health in Bulgaria. 2001.
150. WHO, A World Alliance for Safer Health Care, (2009). Conceptual
151. Zentes, J.: Grundbegriffe des Marketing, 4. Auflage, Stuttgart, 1996
152. http://www.az.government.bg/Projects/Prog/AHU/Frame_AHU.htm
153. http://www.bapp.info/bapp.htm
154. http://www.blgmun.com/bg/cms/content/266
155. http://www.icn.ch/

Приложение 1

Списък на фигурите

Фиг. 1. Принос към общия бюджет на НЗОК (дялове, %)

Фиг. 2. Разходи за болнична помощ (в млн. лв.)

Фиг. 3. Разходи за медикаменти и др. медицински продукти и консумативи, хил. лв

Фиг. 4. Приложения на здравния маркетинг

Фиг. 5. Ползи от маркетинга за болниците

Фиг. 6. Пирамида на потребностите на Маслоу

Фиг. 7. Съотношение на теориите на потребностите на Маслоу и Херцберг

Фиг. 8. ERG – теория на Алдерфер

Фиг. 9. Теория на очакването

Фиг. 10. Модел на действие на мотивацията

Фиг. 11. Моделът за действие на наградите при липса на външна награда

Фиг. 12. Моделът за действие на наградите при наличие на външна награда

Фиг. 13. Професия на анкетираните медицински специалисти.

Фиг. 14. Разпределение по възрастови групи.

Фиг. 15. Разпределение на медицинските служители по пол.

Фиг. 16. Мнение на респондентите относно степента на внедряване на професионален мениджмънт в управлението на здравната система.

Фиг. 17. Мнение на респондентите относно възможността за настъпване на промяна в здравното обслужване при демонополизиране на здравната система в България.

Фиг. 18. Мнение на респондентите относно минимално ниво на образование, необходимо за заемане на длъжност болничен директор.

Фиг. 19. Прилагане на маркетинга в болничния сектор в България.

Фиг. 20. Необходимост от маркетингов подход в управлението на една болница.

Фиг. 21. Степен на ефективност при използване възможностите на маркетинговите политики в дейността на „МК Доверие“.

Фиг. 22. Разпределение на служителите според виждането им за съществуващи неудовлетворени потребности в болничното заведение.

Фиг. 23. Мнение на анкетираните служители за наличието на условия за разработване на маркетингови прогнози за бъеща дейност.

Фиг. 24. Пряко участие в решения, касаещи маркетингови дейности в „Медицински Комплекс Доверие“.

Фиг. 25. Прилагане на конкурентен анализ в дейността на анкетираните служители.
Фиг. 26. Мнение на служителите за най-важните фактори, влияещи на удовлетворенността на пациентите.

Фиг. 27. Мнение на служителите относно лидерските компетентности на ръководния екип на „Медицински Комплекс Доверие“.
Фиг. 28. Мнение на служителите относно влиянието на лидерските компетентности на ръководния екип върху мотивацията на служителите.
Фиг. 29. Привързаност на служителите към организацията.

Фиг. 30. Готовност за препоръка на състудент за кандидатстване за работа в лечебното заведение.

Фиг. 31. Въздействие на поставените цели върху мотивацията на служителите.

Фиг. 32. Изисквания от работодател и работник.

Фиг. 33. Анализ на едномесечната приспособимост на новите служители.

Фиг. 34. Атрактивността на мотивационни елементи, влияещи на решение за смяна на работното място.

Фиг. 35. Инструменти за развитие на персонала за различните позиции.

Фиг. 36. Зависимост относно трудността на поставените задачи и стимулите за изпълнението им.

Фиг. 37. Израз на мотивационни стимули при поставяне на трудна, на пръв поглед неизпълнима задача.

Фиг. 38. Разясняване на поставените задачи от прекия ръководител, защо и как да бъдат изпълнени.

Фиг. 39. Мнение на респондентите относно пряката им ангажираност и принос за удовлетвореността и неудовлетвореността на пациентите в болницата.

Фиг. 40. Препоръчани стимули от служителите за признание към тяхната работа.

Фиг. 41. Носители на неудовлетвореност, предизвикващи в служителите негативни емоции.

Фиг. 42. Действия, които анкетираните биха предприели, при несправяне и затруднение с работата.

Приложение 2

Списък на таблиците

Табл. 1. Ключови показатели, влияещи върху приходите от здравни вноски.
Табл. 2. Маркетингови стратегии.

Табл. 3. Сравнителна таблица на свободния пазар и пазара в системата на здравеопазването.

Табл. 4. Относителен дял на анкетираните експерти според степента на значимост на лидерските компетентности, нужни на един мениджър в сферата на здравеопазването.
Табл. 5. Относителен дял на анкетираните служители относно мнението им за лечебното заведение и отношението към пациентите.
Табл. 6. Разпределение на анкетираните според степента на значимост на всяко умение, което трябва да притежава мениджър на лечебно заведение, за да се справя максимално добре с работата си като ръководител.
Табл. 7. Разпределение на анкетираните служители относно препоръка за задълбочаване на познания към ръководството на „Медицински Комплекс Доверие“.
Табл. 8. Разпределение на анкетираните според степента на влиянието на всеки фактор-мотиватор върху удовлетвореността от работата.
Табл. 9: Съпоставяне на вътрешния и външен маркетинг на персонала

Табл. 10. Области на тактическия маркетинг на персонала и възможни инструменти.

Табл. 11. Въздействие на мотивационните елементи върху готовността за повишаване усилията на служителите.

Табл. 12: Цели и предимства на развитие на персонала.

Табл. 13. Портфолио на персонала.

Табл. 14. Мотивация в рамките на отделните потребности по примера на Кноублаух.

Табл. 15. Възможности на уважително поведение към служител

Приложение 3

АНКЕТА ЗА МЕДИЦИНСКИ СПЕЦИАЛИСТИ

УВАЖАЕМИ КОЛЕГИ,

Настоящата анкетна карта е разработена да установи и подобри качеството на медицинската помощ, условията на работа и работната среда. Тя е анонимна и нейната цел е да подпомогне разработването и прилагането на маркетингови инструменти и концепции в „Медицински Комплекс Доверие“.

Отразената в анкетата информация ще помогне да се повиши качеството на медицинската помощ и да се подобрят условията на труд.

Предварително Ви благодарим за коректното и изчерпателно попълване на анкетата.

1. **Според вас в каква степен е внедрен професионалният мениджмънт в управлението на здравната система?**

   О В голяма степен
   О В известна степен
   О Изобщо не е внедрен
   О Не мога да преценя

2. **Според Вас ще настъпят ли промени в здравното обслужване, ако се демонополизира здравната система в България?**

   О Да
   О Не
   О Не мога да преценя

3. **Според Вас какъв задължителен образователен ценз е нужен за заемане на длъжност болничен директор (възможни до два отговора)?**

О Медицина с призната специалност
О Магистратура по здравен мениджмънт
О Медицина плюс магистратура по здравен мениджмънт
О Сестринство плюс магистратура по здравен мениджмънт
О Икономика или право плюс квалификационен курс по здравен мениджмънт
О Икономика или право плюс магистратура по здравен мениджмънт
О Други.....

4. **Моля, отбележете Вашето мнение относно степента на значимост на всяка една от шестте групи лидерски компетентности, нужни на един мениджър в сферата на здравеопазването (1 = Много значим; 2 = Значим ; 3 = Неутрален; 4 = Малко значим; 5 = Незначим)**

№	Фактори	1	2	3	4	5
1	Самоусъвършенстване и развитие на личностни качества и умения					
2	Лична организационна ефективност					
3	Лидерство на другите					
4	Стил на лидерско действие					
5	Лидерство на постиженията и на промяната					
6	Постигане на резултати					

5. **Използва ли се маркетингът в болничния сектор у нас?**

О Да, в голяма степен
О Да, но не достатъчно
О Не, въобще не се използва
О Не мога да преценя

6. **Моля посочете по един отговор на въпрос.**

	Много добро	Добро	Приемливо	Лошо
1. Какво е цялостното Ви впечатление за болница, в която работите?	○	○	○	○
2. Как оценявате административния прием на пациенти?				
а. Дружелюбност на служителите	○	○	○	○
б. Съдействие при попълване на документи за приема в болницата	○	○	○	○

3. Как оценявате грижата от персонала към пациентите?				
а. Дружелюбност на медицинския персонал	○	○	○	○
б. Информация за протичане на дневните манипулации като визитация, свиждания, изследвания и др	○	○	○	○

7. **Според Вас доколко е необходим маркетинговият подход в управлението на една болница?**

О Абсолютно необходим
О Необходим в определена степен
О Необходим в малка степен
О Не е необходим

8. **Доколко ефективно се използват възможностите на маркетинга в дейността на „Медицински комплекс Доверие“?**

О Ефективно
О По-скоро ефективно
О По-скоро неефективно
О Неефективно

9. **Считате ли, че има неудовлетворени потребности от медицинска помощ, които понастоящем не са обект на Вашата дейност, но които можете да обхванете в бъдеще?**

О Има в значителен обем
О Има в ограничен обем
О Няма
О Не разполагам с информация

10. **Имате ли условия за разработване на маркетингови прогнози за бъдеща дейност:**

О Да, изцяло
О Отчасти
О Не

11. **Използвате ли конкурентен анализ в дейността си (имате ли информация за конкурентни медицински структури, публични и частни)?**

О Да
О Отчасти
О Не

12. **Според Вас, кое е най-важното за удовлетвореността на обслужваното лице? (моля посочете 3 отговора)**

О Отношението на обслужващия го професионалист към него
О Отношението на обслужващия го професионалист към роднините му
О Работата с екип от професионалисти
О Начинът на работа
О Квалификацията и компетентността на обслужващия го професионалист(и)
О Мотивиран персонал
О Друго, какво (моля посочете) ……...….
……..……..

13. **Участвате ли пряко в решения, касаещи маркетинговите дейности в „Медицински Комплекс Доверие“?**

О Да
О Не
О Отчасти

14. **Притежава ли ръководният екип на болницата лидерски компетентности?**
О В голяма степен
О В известна степен
О Не притежават

15. **Влияе ли наличието на лидерски компетентности на ръководния екип върху мотивацията на служителите?**
О Да
О Не
О Отчасти

16. **Моля, отбележете кои от изброените качества трябва да притежава мениджърът на лечебно заведение, за да се справя максимално добре с работата си като ръководител? (1 = Много значимо; 2 = Значимо ; 3 = Неутрално; 4 = Малко значимо; 5 = Незначимо)**

№	Умения	1	2	3	4	5
1	Работа в екип					
2	Самодисциплина					
3	Планиране и организиране					
4	Увереност					
5	Обективност и безпристрастност					
6	Определяне на цели					
7	Гъвкавост					

8	Лидерство, убеждаване и оказване на влияние					
9	Анализ на данни					
10	Компетенции в сферата на маркетинга					
11	Инициативност					
12	Умения за комуникация					
13	Показване на съпричастност					
14	Поемане на отговорност					
15	Прецизност, внимание към детайлите					
16	Продуктивност и действеност					
17	Умения за сътрудничество и подпомагане					
18	Използване на технологии					
19	Умения за преговаряне					
20	Писмена комуникация					
21	Желание за промяна					

17. **В коя област бихте препоръчали допълнително задълбочаване на познанията на ръководния екип на болницата (може до три отговора)?**

О Обща принципи на мениджмънта
О Здравна политика
О Стратегически мениджмънт
О Мениджмънт на промяната
О Мениджмънт на времето
О Мениджмънт на финансовите ресурси
О Мениджмънт на човешките ресурси
О Статистически методи и информатика
О Маркетингови подходи
О Мениджмънт на качеството
О Други .....

18. **Моля, отбележете за всеки фактор степента на влиянието му относно удовлетвореността Ви от работата (1 = Напълно влияе; 2 = По-скоро влияе; 3 = Неутрален; 4 = По-скоро не влияе; 5 = Напълно не влияе)**

№	**Фактори-мотиватори**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Възможност за повишаване на квалификацията					
2	Възможност за развитие и израстване в кариерата					
3	Професионална свобода и възможност за инициатива в процеса на работа					

4	Доход, който осигурява добър стандарт на живот					
5	Взаимоотношения и възможност за обратна връзка с прекия ръководител					
6	Справедливост на възнаграждението					
7	Сигурност на работното място					
8	Социални придобивки					
9	Социална среда (отношения с колеги, климат в екипа)					
10	Предизвикателна и интересна работа					
11	Възможност за участие в управленския процес и вземането на решения в здравното заведение					
12	Признание за личните качества и способности от прекия ръководител					
13	Признание, получено от колегите в екипа					
14	Морално удовлетворение от добре свършената работа					
15	Условия на труд (физически условия за работа – оборудване по европейски стандарт, безопасни условия на труд, достатъчност на консумативи и обновена материална база)					
16	Организация на труда (организация на работния процес в структурата, в която работите).					
17	Професионален мениджмънт от страна на ръководството					

19. **Вашата възраст …….**
20. **Пол**
    - О мъж
    - О жена
21. **Каква е Вашата професия?**
    - О Лекар
    - О Медицинска сестра
    - О Рехабилитатор
    - О Друго ……

Благодарим за отделеното време!

Приложение 4

АНКЕТА ЗА СЛУЖИТЕЛИ НА МК ДОВЕРИЕ

УВАЖАЕМИ КОЛЕГИ,

Настоящата анкетна карта е разработена да установи и подобри мениджмънта, условията на работа и работната среда. Тя е анонимна и нейната цел е да подпомогне разработването и прилагането на нови инструменти и концепции в „Медицински Комплекс Доверие“.

Отразената в анкетата информация ще помогне да се повиши качеството на работа и обслужването и да се подобрят условията на труд.

Предварително Ви благодарим за коректното и изчерпателно попълване на анкетата. Моля посочвайте само един отговор на въпрос!

1. **Какво определение бихте дали на целите на МК Доверие?**
   - Ясни и точни
   - Изпълними в поставените срокове
   - Прекалено трудни за изпълнение в поставените срокове
   - Прекалено трудни за изпълнение поради завишени изисквания към служителите

2. **Получавате ли разяснения от прекия си ръководител, защо дадена задача трябва да бъде изпълнена и по какъв начин?**
   - Да
   - Не

3. **Поставените цели как въздействат върху мотивацията Ви за работа?**
   - Мотивират ме
   - По-скоро ще успея да ги изпълня
   - Не въздействат върху мотивацията ми за работа
   - Демотивират ме, т.к. са прекалено амбициозни
   - Не мога да изпълня целите, работя, колкото мога

4. **Какво би Ви мотивирало в последователен ред, за да вложите максималко усилия в работата си, за да изпълните поставените цели и задачи? Моля номерирайте от 1 до 9 изброените параметри.**

Признание от ръководството	
Обявяване на постиженията ми сред колегите	
Делегиране на повече отговорности	
Повишение при добро изпълнение на задачите	
По-високо заплащане	
Подобряване на условията на труд според моите представи	
Повече социални придобивки	
Допълнителни курсове за квалификация и обучение	
Престижен пост без промяна на заплатата, но с повече подчинени	

5. **Ако можете да избирате каква задача ще предпочете да изпълните?**

   - Да има лесно изпълнение, без затруднения, но да няма конкртени последствия за работата Ви, при лошо или добро изпълнение
   - Трудни, предизвикателни задачи, които не е ясно дали ще могат да бъдат изпълнени, но при постигане на целта, ще получа „награда“ за усилията си
   - Каквато задача ми поставят, това ще правя

6. **Ако получите задача, която на пръв поглед Ви се струва трудно изпълнима, дори невъзможна, какво би Ви мотовирало най-много да се захванете с нея?**

   - По-високо заплащане
   - Повишение при добро изпълнение на задачите
   - Делегиране на повече отговорности
   - Обявяване на постиженията ми сред колегите
   - Подобряване на условията на труд според моите представи
   - Повече социални придобивки
   - Допълнителни курсове за квалификация и обучение
   - Престижен пост без промяна на заплатата, но с повече подчинени

7. **Бихте ли препоръчали на Ваш състудент да кандидатства за работно място в лечебното заведение, в което работите?**

   - Да
   - Не

8. **Ако чувствате, че поставените Ви задачи са много, отнемат времето Ви прекалено и работата изостава, какво бихте предприели?**

- Ще уведомя прекия си ръководител и ще поискам преназначаване, дори и да ми бъде намалена заплатата
- Ще уведомя прекия си ръководител и ще поискам преназначаване, но в никакъв случай с по-ниска заплата
- Ще потърся помощ от колеги, т.к. е възможно да си организирам по-ефективно времето
- Ще продължа да работя, но без да променям стила си на работа, докато някой не забележи забавянето

9. **Чувствате ли се пряко ангажиран и допринасящ за удовлетвореността или неудовлетвореността на пациентите в болницата?**

- Да
- Не
- Не знам

10. **Получавате предложение за работа от конкурентна болница. Какво би Ви подтикнало да го приемете?**

- Повече социални придобивки
- Допълнителни курсове за квалификация и обучение
- Престижен пост без промяна на заплатата, но с повече подчинени
- По-високо заплащане
- Повишение при добро изпълнение на задачите
- Делегиране на повече отговорности
- Обявяване на постиженията ми сред колегите
- Подобряване на условията на труд според моите представи

11. **Какъв е Вашият принос за лечебното заведение, в което работите?**

- Върша успешно и добре работата си
- Работата ми е ценна за пациентите, колегите и ръководството
- Работата ми е рутинна, няма особено голям принос

12. **При покана от страна на ръководството за разработване на нова маркетингова стратегия на болницата, какво бихте отговорили?**

- Това би ме мотивирало да покажа способностите си и най-накрая да бъда оценен
- Ще се изискват много усилия и работа, но смятам, че бих могъл да се справя
- Най-накрая имам късмет и ще вляза в ръковдния състав на болницата
- Не бих могъл да се справя, т.к. не разполагам с нужната квалификация

13. **Получавате предложение за работа. Ще имате лесни, рутинни дейности, без прекален стрес, по-добро заплащане. Бихте ли приели работата?**

- Да
- Не

14. **Кой от следните стимули, бихте препоръчали на ръководството Ви, за да покаже признание към Вас или Вашите колеги?**

- По-високо възнаграждение
- По-висок пост
- Повече отговорност
- Социални придобивки
- Допълнителна квалификация с цел израстване
- Похвала пред колегите
- Не от ръководството, а от пациентите получавам признание

15. **Бихте ли приели да изпълнявате дейности, които са Ви неприятни, но Ви носят по-голямо възнаграждение?**

- Да
- Не

16. **Бихте ли приели да работите допълнително по проект, възложен от ръководството, без обещано допълнително възнаграждение?**

- Да, защото смятам, че приносите се оценяват, когато настъпи време за промени
- Да, защото предизвикателствата развиват способностите ми и занапред най-вероятно ще ми бъде полезно
- По-скоро не, отговорностите ми и задачите ми не го позволяват, заплащането в случая е без значение
- Не бих работил допълнително при липса на паричен стимул

17. **Ако Ваш колега е в трудна ситуация (напр. проверка от здравна институция) и има да подготви голямо количество документация, чувствате ли се длъжен да му помогнете?**

- Да, защото вече съм имал такъв проблем
- Да, защото екипната работа е в полза на всички ни
- По-скоро не, т.к. това са индивидуални задачи
- Не, смятам че всички трябва да си вършат работата сами

18. **Изразена неудовлетвореност от работата Ви от кого от изброените би Ви донесло най-много негативни емоции?**

- Ръководството/прекия ръководител
- Пациент
- Колега
- Не се засягам от чуждо мнение

19. **Вашата възраст …….**
20. **Пол**

- Мъж
- жена

21. **Каква е Вашата професия?**

- Лекар
- Медицинска сестра
- Кинезитерапевт
- Друго ……

Благодарим за отделеното време!