

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

РАДОСЛАВ ИВАНОВ МЛАДЕНОВ

МАРКЕТИНГОВ ПОДХОД
В БОЛНИЧНИЯ МЕНИДЖМЪНТ

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

София
2016

Съдържание

Въведение	1
1 Глава. Литературен обзор	3
1.1 Същност и нарастващо значение на маркетинга	3
1.2 Приложение на маркетинга	8
1.2.1 Съвременна концепция за маркетинг	8
1.2.2 Маркетингови цели	10
1.2.3 Стратегически и оперативен маркетинг	12
1.2.4 Потребност, желание и търсене	14
1.2.5 Понятието услуга	17
1.2.6 Маркетинг-микс	29
2 Глава. Маркетинг на здравно заведение	40
2.1 Анализ на пазара, сегментиране, таргетиране и позициониране на здравно заведение	40
2.1.1 Проучване на пазара	40
2.1.2 Сегментиране на пазара	43
2.1.3 Таргетиране на пазара	44
2.1.4 Позициониране на пазара	47
2.2 Стратегически маркетинг в болнично заведение	49
2.2.1 Стратегически маркетингов анализ. Пазар и регулиране в здравеопазването	50
2.2.2 Стратегическо маркетингово планиране	57
2.2.3 Внедряване на стратегията	63
2.2.4 Оценка и контрол на стратегията	65
2.2.5 Роля на маркетинговата култура в болничния мениджмънт	66
2.2.6 Социолно-етичен маркетинг в здравеопазването	67
2.2.7 Приложение на електронните технологии в маркетинга на здравните услуги	68
2.2.8 Интернет маркетинг	72
2.3 Наредба за проучване на удовлетвореността на пациентите от медицинските дейности, закупвани от НЗОК	73
3 Глава. Цел, задачи и методика на проучването	75
4 Глава. Анализ на данните от проучването мнението на хоспитализирани пациенти	77
5 Глава. Анализ на данните от проучването мнението на медицинските специалисти	126
6 Глава. Изводи	162
7 Глава. Препоръки	165

8 Заключение	CLXVIII
Литература	CLXIX
Приложение 1	CLXXVI
Приложение 2	CLXXXIII
Приложение 3	CLXXXIV
Приложение 4	CLXXXIX

Въведение

Важна тенденция в развитието на съвременните здравни системи е внедряването на пазарни механизми за тяхното финансиране и управление с възможности за конкуренция. Това е един от факторите за въвеждане на модерен и съвременен маркетингов подход в управлението на лечебните заведения.

Успехът в здравеопазването се гради на базата на развитието на нови идеи и на нови подходи. Прилагането на нови управленски техники, създаването на нови по-оптимални структури, нов управленски подход към клиентите е основата на процеса на непрекъснати промени и предизвикателства. Без прилагането на подходите и инструментите на съвременния маркетинг-мениджмънт и бизнес-планирането управлението на националните здравеопазни системи е немислим.

Маркетингът като наука и подход се е превърнал в неделима част от теорията и практиката на мениджмънта. През 70-те години на двадесети век болниците в западните страни са били добре осигурени с пациенти и конкуренция е липсвала. Това е осигурило „спокойствие“ за съществуването им и не се е налагало да се прилагат маркетингови подходи в управлението на дейността им. Ситуацията в България бе сходна до скоро.

Здравните заведения осъзнават нуждата от професионално управление на маркетинговите дейности – проучване на пазара, сегментиране, таргетиране, позициониране, планиране и контрол, също така предлагане и комуникационна политика на по-добри медицински, административни и битови услуги, е-маркетинг (online-маркетинг), реклама, връзки с обществеността, промоционални кампании, проучване удовлетвореността на пациентите и персонала и много други.

Маркетингът на болнично заведение е тясно свързан с фокуса върху пациента. Чрез маркетинга на здравните услуги се оптимизират взаимоотношенията между „производител (доставчик) на здравни услуги“ и „потребител (купувач, пациент, консуматор) на здравни услуги“. За да се реализира тази цел за управлението на здравеопазването е необходимо провеждането на системни маркетингови проучвания сред различни контингенти от населението с оглед удовлетворяването на конкретните здравни потребности.

С развиването на частната медицинска практика, приватизацията на доболничната медицинска помощ и въвеждането на здравното осигуряване разработката на маркетинга на болничното заведение може да има чисто практическо приложение. Бизнес-планирането в здравните структури се подпомага успешно от маркетинга. Това от своя страна прави възможно адекватното допълване и разширяване на предлаганите медицински услуги и по-

ефективното управление на здравните структури. Борбата за повече пациенти е в следствие на законодателни характеристики, а именно че парите вървят "със или след пациента". Ясно излиза на преден план по-доброто обслужване, базирано на по-добра маркетингова стратегия и политика, разработването и реализирането на успешното маркетингово планиране.

Болничният маркетинг е мисия и отговорност на първо място на мениджмънта на даденото болнично заведение. Професионалната мисия на съвременния здравен мениджър неотменно изисква адекватно владение на методите и технологиите на маркетинга. Пациентите трупат богат опит по време на болничния си престой не само на база медицинско обслужване и лечение, а и на база висока информираност. Чрез подходящите инструменти трябва да се изгради възможно най-добрата представа в съзнанието на пациента за лечебното заведение, което от една страна да мотивира потребителите на здравни услуги и да осигури повторен избор на болницата (при съществуващ или нов здравословен проблем), а от друга страна да препоръча същата болница на свои близки и познати. Поради спецификата на продукта, а именно продукта здравна услуга, пропагандата „от уста на уста“ е най-мощното оръжие и най-честата причина даден пациент да избере конкретен медицински адрес.

Изборът на тема „Маркетингов подход в болничния мениджмънт“ е определен от:

1. Актуалността на проблема в условията на провеждащата се непрекъснато здравна реформа в България.

2. Необходимостта от радикална преориентация на здравните заведения – от „обслужване на пациенти“ към „удовлетворяване на потребности на пациентите“.

3. Превръщането на „потребителя“ в основна движеща сила на цялата икономическа дейност, което разкрива една от тайните движещи сили за просперитета на свободното общество - неговата философия, интересите и правата на индивида като икономически субект, потребител и гражданин.

Настоящата разработка има за цел не само да изведе теоретичните рамки на проблема, но и да се предложат конкретни работещи механизми за справяне с него, базирани върху проучвания в V-та Градска болница в град София.

Основната задача е да се намери най-ефективната политика и най-подходящата комбинация от различните маркетингови инструменти при наличните ресурси. Пазарът е вид арена, а маркетингът трябва да се използва като острие за водене на конкурентната битка.

1 Глава. Литературен обзор

1.1 Същност и нарастващо значение на маркетинга

Дейностите, свързани с управлението и маркетинга на болничното заведение, се разглеждат като важен и неделим компонент на здравния мениджмънт. Те се дефинират като „управленски процес за осигуряване ефективно функциониране на здравната система (съотв. болницата) с оглед постигане на нейните цели“¹. 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.

Болницата, като система, е една от най-сложните институции в съвременната здравеопазна система. За функционирането ѝ са необходими огромни ресурси и добро планиране. Исторически наименованието болница идва от латинското “*hospes*” – гост, гостоприемен, чиито корени са в древна Гърция и Рим. Болницата е „стационарно заведение, което оказва краткотрайна или продължителна медицинска помощ в обсервационен, диагностичен, лечебен и рехабилитационен обем за болни и ранени (или съмнително болни и ранени), както и по отношение на родилки.“² Параметрите на здравното състояние на пациента се изменят по време на престоя му в болницата. Там му се оказват редица болнични услуги. Целта е тези параметри да се изменят в положителна посока, т.е. подобряване здравното състояние и увеличаване „количеството здраве“ на пациента. В този ред на мисли може да се говори за здравен продукт. От една страна той се състои от извършените болнични услуги (манипулации, процедури, хирургически интервенции и др.), подпомогнати от болнични дейности (в т.ч. административни, транспортни, хигиенни и много други). От друга страна трябва да включва компонента „добавено“ здраве. Така най-общо болничният продукт може да се разглежда в две направления. В едното продуктът се разглежда е изпълнението на мисията на болницата – да лекува. Другото направление – маркетинговото - болницата представлява производствена система, която предоставя определен брой и вид услуги за пациентите си. Настоящата научна разработка е насочена към маркетинговото направление, а именно да се открият и изследват специфичните маркетингови дейности, чрез чието оптимално и професионално управление болницата да успее да произвежда

¹ Воденичаров, Ц., Попова, С. „Социална медицина“, София 2009г., стр. 218;

² Янева, Р. „Микроикономикс на болничното лечебно заведение“, София, 2011г., стр.9-11;

и доставя по-качествени и по-рентабилни услуги и да повиши удовлетвореността на своите пациенти.

Понятието маркетинг се дефинира в литературата разнообразно и сложно.³ Ако през 50-те години по този начин са били поставяни дейностите по дистрибуция и продажба, въз основа на променените условия, днес картината е коренно променена. **Понятието** маркетинг първоначално е било сравнявано с понятието за продажба. По-нататъшните наблюдения показват обаче, че модерното разбиране на понятието излиза далеч извън тези рамки. Днес маркетингът се дешифрира като философия на бизнеса, която подчинява производството само на онези стоки, които могат да се продадат на пазара.⁴

Терминът „маркетинг” произлиза от английската дума market (пазар, купувам, продавам). Маркетингът е понятие с широк диапазон. Той свързва двете основни функции в обществото - производството и потреблението.

Маркетингът е всичко, което организацията предприема по отношение на външната среда (купувачи, конкуренти, доставчици и персонал, политици, управленци, и др.), за да реализира целите си.⁵

В това определение маркетингът е поставен пред изпитанието да оцени възможностите на организацията и да трансформира собствените ѝ ресурси по най-добрия начин за реализиране на поставените цели.⁶

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.⁷

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;

³ За сравнение Kotler, Disch, Meffert, Nieschlag и т.н.

⁴ Съвременното общество е общество в изобилие.

⁵ Arch W. Show, 1915

⁶ Гладилев, С., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, стр. 19

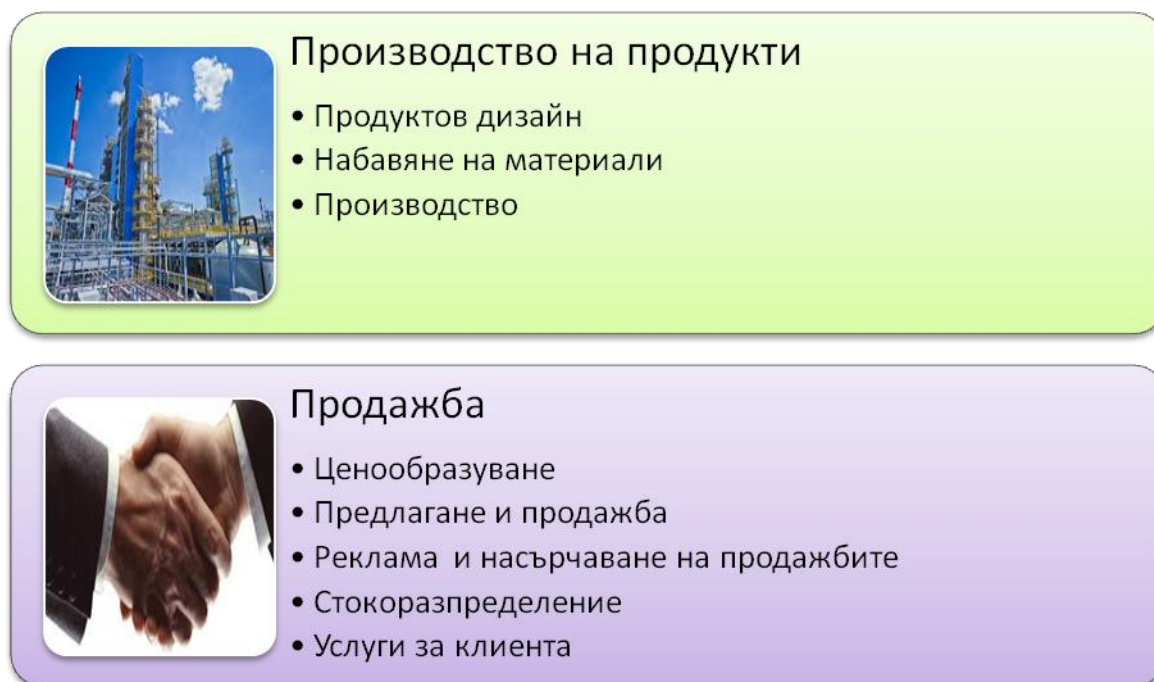
⁷ American Marketing Association, 1985

- на производителя (организацията) - печалба.

Първият основен проблем засяга правото на всеки български гражданин, а именно „равнопоставеност при ползването на здравни услуги“⁸. Вторият основен аспект се отнася до целите на организацията. В случая на организация, за която законът казва, че са „еднолични търговски дружества“⁹ 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.

Авторите на книгата „Маркетинг в здравеопазването“ обръщат внимание на сравнението на два модела, разработени от Michael J. Lanning и Edward G. Michaels, работещи за световно известната компания McKinsey & Co Inc.¹⁰

Фиг. 1. Традиционният път в маркетинга.



Фиг. 2. Създаване на стойност в маркетинга.

⁸ Закон за здравето, чл. 2, т. 1

⁹ Закон за лечебните заведения, чл. 101 (1)

¹⁰ Гладилков, С., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, стр. 21



Тези схеми проследяват традиционния път при вземане на маркетингово решение и пътя на създаване на стойност. Една организация създава продуктов модел, осигурява ресурсите и производството му започва. Изчисляват се финансовите показатели – продуктова себестойност, допълнителни разходи (склад, реклама, логистика, търговски отдел, марж (печалбата за компанията). Продуктът се пуска на пазара, като рекламата, стимулиране на продажбите и дистрибуционните канали реагират на потребителското мнение. За да има успех този модел, пазарът трябва да се намира в ситуация, в която организацията знае какво точно да произведе (какво ще се търси и купи). Друга характеристика е, че пазарът може да поеме достатъчно продукти при добра цена (цената да е достатъчно ниска за потребителите и достатъчно висока, за да покрива разходите за производството и да носи печалба на производителя) и пазарът има недостиг от тези продукти. Няма конкуренция и купувачът купува това, което предлага пазарът.

Моделът на традиционния път на създаване на продукт няма успех в силно развита пазарна икономика поради факта, че конкуренцията е много силна. Този така наречен масов пазар притежава други, различни отличителни черти. Той се дели на микропазари с потребители със специфични нужди, потребности и очаквания. Критериите на потенциалните потребители са високи, защото те могат да избират измежду различни продукти на различни производители, с различен производствен произход и технологии, от различни доставчици или канали на дистрибуция и т.н.

От това следва, че ако организацията (болничното заведение) не произвежда продукти, които да са целенасочено произведени за точно определен микропазар, рискува да не успее да продаде продукцията си.

Пътят за създаване на стойност е обрисуван на втората фигура. Тук 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 маркетингозите 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 – надхвърля ли ги?

Предаване на стойност компанията постига чрез средствата за масова комуникация. Тук е включена рекламната кампания на продукта, стимулация на продажбите, както и работата на търговския отдел. Този микс от различни действия достига на целевия пазар, за да го информира и да създаде у потребителя нагласата, че точно този продукт ще удовлетвори неговата потребност.

Последният етап от пътя на създаване на стойност застъпва стокоразпределението и съпътстващите услуги за клиента, ползващ продукта. Прехвърляне на стойност всъщност представлява физическото доставяне на продукта до съответните места за разпространението му – складове, магазини и други търговски обекти, където клиентът по удобно за него време, на удобно място може да го закупи.

Пътят на създаване на стойност започва с маркетингова дейност, насочена към клиента, 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 заплати определената стойност, за да притежава стоката или да използва услугата. Процесът преминава през производство на продукта и обезпечаване на достъпността му до потребителя. След покупка се осигуряват допълнителни услуги за клиента, които допринасят за неговата удовлетвореност и очаквания.

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.”¹¹ Тук авторът посочва осем основни фактора, оказващи съществено влияние в маркетинга: философия, поведение, информираност, стратегия, действие, сегментиране, координация и социален аспект.

1.2 Приложение на маркетинга

1.2.1 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 систематизирано. Това е „процес на планиране и провеждане на разработка, остойностяване, подпомагане и разпространяване на идеи, стоки и

¹¹ Meffert, H.: Marketing Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele; Wiesbaden 1998, S. 7

услуги, за да доведе процесите на обмен до удовлетворяване на индивидуалните и организационните цели“.¹²

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.¹³

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 възможностите¹⁴ на пазара.¹⁵ Този анализ е известен като SWOT анализ и е по-подробно разработен в следваща глава.

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

¹² Kotler, P. / Bliemel, F.: Marketing – Management Analyse, Planung, Umsetzung und Steuerung, 9. Auflage, Stuttgart 1999, S. 17

¹³ Kotler, P. / Armstrong, G.: Grundlagen des Marketings, 4. Auflage, Stuttgart 2010

¹⁴ В литературата възможност се среща и като шанс.

¹⁵ Kotler, P. / Armstrong, G.: Grundlagen des Marketings, 4. Auflage, Stuttgart 2010

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-a. Benchmarking е сравняването на продукти, услуги, стратегии, процеси, разходи и методи с конкурентите на пазара. Целта е да се запълнят празнотите на процесите и да се установи кои и какви са разликите в тях, защо съществуват тези разлики и кои възможности за подобряване следват за собствената организация след ориентиране към методите на най-добрите.¹⁶

1.2.2 Маркетингови цели

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

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

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

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

Неикономическите цели на маркетинга обратно се отнасят преобладаващо до психичните процеси на потребителите. Те се отнасят до когнитивни (познавателни), афективни (емоционални) и конативни (волеви) реакции на индивидите. Примери за това са популярност за продукта, удовлетвореност на клиента, подобряване на имиджа и т.н.¹⁷

¹⁶ Joas, A. / Prommer, H. U.: Benchmarking, Band 1, Stuttgart, 1998, S. 264

¹⁷ Felser, G.: Werbe- und Konsumentenpsychologie, 2. Auflage, Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart, 2001, S. 36

Фокусът върху пациента предполага разглеждане на психичните процеси на потребителите, нашите пациенти. Когато говорим за когнитивните, познавателни цели, трябва да знаем, че те са един от факторите, по които ние таргетираме нашите пациенти. Когнитивните цели са свързани със знанията на нашите потребители/пациенти, силно свързани с интелектуалните умения на човека, неговата заобикаляща среда, умения за прилагане на знания и анализ на конкретна ситуация. Познавателните цели са първото ниво, на което се улавят целевите области на вътрешния маркетинг, свързан с умствените процеси. За вътрешнофирментната стратегия е важно служителите (медицинските специалисти) да познават добре очакванията на клиентите (пациентите). Извън компанията (болницата) когнитивните цели са свързани с познаване на конкуренцията, конкурентните продукти и много важен компонент за успеха на организацията – генериране на изключително предпочитание пред всички конкуренти на пазара на болничното заведение в съзнанието на пациентите.

Афективните, емоционалните цели са свързани с промените във възприятието на човек, нагласите и ценностите му. Това е второто ниво в развитието на доверие и е особено важно. За служителите тези цели представляват връзката им с организацията като работодател, а за клиентите/пациентите – отношението им с организацията или със съответния служител/медицински специалист. Удовлетвореността е от огромно значение за успеха на организацията, както от страна на служителите, така и от страна на клиентите/пациентите. За да повлияем на този процес, е нужно обединяване на усилията и на много институции в сферата на здравеопазването, социалната политика и образованието.

Третото ниво се отнася до всяко действие или план за действие на конкретния служител и клиент/пациент. За служителите тези маркетингови цели се стремят да засилят чувството на преданост и стремеж към принос за постигане на фирмените цели, ангажираност за популярност на продуктите на организацията, удовлетвореност на клиента/пациента, подобряване на имиджа и т.н.

Измерение на целите дава желаното съдържание на целта. Може да се направи разлика между екстремално (максимално или минимално) измерение и задоволително измерение на съдържанието на целта.¹⁸

¹⁸ Braun, G. E.: Ziele in der öffentlichen Verwaltung – die Sicht der öffentlichen Betriebswirtschaftslehre, in: Verwaltung / Organizational / Personal (VOP), 14. Jg., Heft 3, 1992, 162 - 169

По отношение на връзките на целите се различават три форми: комплементарни (допълнителни), конфликтни (противоречиви) и индиферентни (посредствени) връзки на целите. Докато при комплементарната връзка целите си съдействат една с друга, при конфликтна връзка дадена цел представлява препятствие за друга. При индиферентна връзка целите са изцяло независими една от друга.¹⁹

От тези кратки въведения става ясно, че развитието на маркетинговите цели е комплексен процес.

1.2.3 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”.²⁰ 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 стратегии:

- решения с агресивно участие на пазара;
- стратегии, насочени към купувачите;
- стратегии, насочени към конкуренцията;
- стратегии, насочени към продажбите;
- стратегии, насочени към групи с претенции.²¹

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”.^{22 23} Другата алтернатива е изграждане на ценови стратегии, концентрирани в изграждане на моноаспектни

¹⁹ Braun, G. E.: Ziele in der öffentlichen Verwaltung – die Sicht der öffentlichen Betriebswirtschaftslehre, in: Verwaltung / Organisation / Personal (VOP), 14. Jg., Heft 3, 1992, 162 - 169

²⁰ Zentes, J.: Grundbegriffe des Marketing, 4. Auflage, Stuttgart, 1996, S. 386

²¹ Маринова, Е.: Маркетинг, 4 издание, 1999

²² Meffert, H.: Marketing Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele; Wiesbaden 1998, S. 261

²³ В литературата се среща още термина Стратегия на диференциране.

преференции (ценова политика). При идеите за прилагане на една от тези стратегии се отдава открояващо 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.²⁴ 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).²⁵ 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;
- 3) комуникационна политика;
- 4) ценова политика.²⁶

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

²⁴ **Becker, J.:** Marketing-Konzeption – Grundlagen des strategischen und operativen Marketing-Managements, München, 1998, S. 487

²⁵ **Zentes, J.:** Grundbegriffe des Marketing, Stuttgart, 1996, S. 258

²⁶ За сравнение Kotler, Disch, Meffert, Nieschlag и т.н.

изключително онези аспекти, отнесени към персонала, които от гледна точка на маркетинга трябва да се вземат предвид при предоставянето на услугите²⁷

Magrath излиза още извън тези пет политики и добавя политиката на външно оформление (имидж) и политиката на процеса.²⁸

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.“²⁹

1.2.4 Потребност, желание и търсене

Маркетингът обхваща огромна част от дейността на една организация. Следвайки логиката на модела на създаване на стойност, изникват термини като потребност, желание и търсене, които изискват конкретна дефиниция.

Маркетингът не създава потребност, той създава желанието с конкретен продукт да се удовлетвори нуждата, потребността. Потребност е израз на липсата на удовлетвореност - качество, заложено в човешката природа. Томен и Ахлайтнер разширяват това определение. Според тях потребност е липсата на удовлетвореност, без значение дали тази липса съществува обективно или е само субективно измислена.³⁰ Описани са множество теории за човешките потребности. Сред авторите са известни икономисти и психолози като Дейвид МакКлелънд, Хенри Мурей и др. Класическата теория е разработена през 1954 г. от Ейбрахам Маслоу. 31 Пирамидата на Маслоу дели потребностите на човека на пет нива (Фиг. 3).

Фиг. 3. Пирамида на потребностите на Маслоу

²⁷ Meffert, H. / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997, S. 287 ff

²⁸ Magrath, A. J.: When Marketing Services, 4 Ps are not enough, Business Horizons, Nr. 29, May, 1997, S. 44

²⁹ Kotler, P. / Bliemel, F.: Marketing – Management Analyse, Planung, Umsetzung und Steuerung, 9. Auflage, Stuttgart 1999, S. 1176

³⁰ Thommen, Achleitner, Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, Gabler, 3. Auflage, S. 31

³¹ Maslow A.: Psychologie des Seins: Ein Entwurf, München: Kindler, 1973



Основата на пирамидата заемат основните или физиологически потребности. Това са храната, водата, подслон и освобождаване от болка респ. здраве.

Потребността от сигурност е класирана на второ място. Тя заплащава в себе си защита от опасност, липсата на заплаха и т.н.

На третото ниво намираме потребността от принадлежност. Тя се отнася до привързаност, приятелство, любов и взаимоотношения с други хора.

Увереността е потребност на следващото ниво. Тя засяга аспекти като его, увереност, статус в обществото, имидж 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.

Теорията на Маслоу е една от най-добрите основи за определяне на потребностите на индивида, на пазара, на който организацията продава своите продукти, както и за определяне на маркетинговите цели на фирмата. Не трябва да се забравя обаче, че човешките потребности, които са в основата на дейността на всяка компания, са динамични. Те променят нивото си и това е основният мотив, който задвижва поведението на човека и го тласка да взема различни решения³²

Организациите се интересуват от тези потребности, които могат да задоволят чрез своите продукти – стоки и услуги. Има три основни вида потребност:

Екзистенциални потребности, или още първични потребности. Това са потребностите, които правят живота възможен. Напр. храна, облекло, подслон, здраве.

Основни потребности, които не са от екзистенциално значение, но са определящи за социалния и културен живот на човека, за неговия стандарт на живот.

Луксозни потребности – удовлетворяване на желания за луксозни стоки и услуги. Такива могат да си позволят само платежоспособни хора, с високи доходи и готови да заплатят съответната цена. 33

Поради ограничените ресурси, с които разполагаме, потребителят взема решение кой продукт да закупи, на каква цена и съответно каква потребност да задоволи, екзистенциална, основна или луксозна. Основна потребност за един може да представлява луксозна потребност за друг. От там идва субективният характер на термина потребност.

Друг вид потребност са индивидуалните и колективните потребности. Закупуването на автомобил е индивидуална потребност, докато нуждата от здравеопазване е основна, колективна потребност.

Задоволяването на потребността в маркетингов смисъл преминава през желанието и платежоготовността на потребителя. Желание е искането за конкретно удовлетворяване. Обществените сили и институциите влияят на желанията на хората да задоволяват потребностите си с точно определени продукти. Фактори за това са семейството, фамилните ценности, училищата, религията, икономическият стандарт и разбира се самите организации,

³² Гладилов, С., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, стр. 24

³³ Гладилов, С., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, стр. 25

предоставящи стоки и услуги. Тези фактори се променят с времето и пораждат нови желания.

Желанието за притежание на конкретен продукт не е достатъчно, за да се осъществи покупко-продажбата. Така се формира търсенето. Търсене е желанието за конкретен продукт, придружено от способността и готовността за покупка. Причината да се осъществи една покупка е породеното желание за притежание на конкретния продукт. Следствието, тази покупка да се осъществи, е потенциалният потребител да е платежоспособен, за да придобие даденото благо. Маркетингът изследва съществуващите потребности. Той повлиява на желанието и се стреми да направи продукта по-атрактивен, по-желан и по-достъпен до таргетната група.³⁴

1.2.5 Понятието услуга

Упражняване на стопанска дейност може да се разбира като разпореждане с неголямо количество блага, доколкото те като търговски обекти са предмет на пазарни процеси.³⁵ Понятието блага са всички средства, които могат да бъдат полезни за задоволяване на човешките потребности. Благата се класифицират по различни признаци, но главният е разделението на материални и нематериални блага. Към нематериалните блага спадат услугите.^{36 37}

Авторите Meffert и Bruhn категоризират услугите според това, дали са ориентирани към организацията или са ориентирани към пазара. При ориентираните към организацията 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.³⁸ Фиг. 4 представя признаците.

Фиг. 4 Матрица на услугите.³⁹

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

³⁴ Глади.
³⁵ Kruse
³⁶ Янаки
2014
³⁷ Schier
³⁸ Meffer
Wiesbad
³⁹ Kruse

При услугите, предлагани в болнични условия, се касае за потребителска основна услуга, тъй като организацията полага основно тази грижа и пациентът, крайният потребител, я получава.⁴⁰

Предвид голямото разнообразие на услуги в чуждестранната литература има три големи групи за дефиниране на понятието услуга. Това дефиниции, ориентирани към потенциала, дефиниции, ориентирани към процеса и дефиниции, ориентирани към резултата.

Първата дефиниция, ориентирана към потенциала, се базира на способността и готовността на предлаганите услуги да притежават потенциала за същинското им изпълнение. Една организация трябва да бъде в състояние да изпълни желанията на клиентите на база вътрешните фактори (служители и организация на работа) от една страна и чрез капацитет съобразно ситуацията (обвързаност на сроковете) от друга страна. Тази дефиниция съдържа готовността за обгрижване на служителите и като част от мисията на структурата.⁴¹

В дефиницията, ориентирана към процеса, се разглежда Uno-Actu принципът, основаващ се на синхрона при извършването и използването на услугата. На преден план изпъква разликата при разграничаването с производството на материални блага. При процеса на производство на материални блага продукцията и продажбата се разделят. Търсецията услуга предлага „външен фактор”, върху който следва ползотворното въздействие. Този елемент предизвиква процеса. Като фактори се разглеждат материални блага и хора. При дейностите в болницата пациентът представлява външният фактор. Включването на пациента се разглежда като елемент, предизвикващ начало на процеса. Наблюдава се и синхрон на продажбата и използването на услугата.

⁴⁰ Meffert, H. / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997, 20

⁴¹ Янакиева А.: Маркетинг на дейността Медицински патронаж в домашни условия, Ивент Куин, София, 2014

Услугата се извършва паралелно от служителите на здравното заведение и се получава от пациента.⁴²

При дефиницията, ориентирана към резултата се откроява фактът, че резултатът от дадена услуга е нематериално благо. Следователно резултатът от услугата не се характеризира като осезаем или предметен. Изхождайки от извършването на услугата, като резултат успоредно с диагностицирането може да се види подобряване на състоянието или най-малко облекчение на болките и запазване на текущото състояние.⁴³

Филип Котлър дефинира услугата като „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 ѝ да е или да не е свързано с физически продукт“⁴⁴. Според различни критерии се разграничават отделни видове услуги: дали услугата е базирана на машини или на хора. Здравните услуги се позиционират някъде по средата, тъй като прегледът или лечението се извършва от специалист, но и посредством някаква апаратура и инструментариум. Друг критерий е присъствието на потребителя. Тук здравната услуга се характеризира със задължително присъствие на пациента. Дали услугата удовлетворява лични потребности или бизнес потребности – отново категорично здравната услуга попада към първия вид. Според целите, които са комерсиални или идеални, и собствеността (частна или обществена) на осигуряващите услуги се формират четири коренно различни типа организации. Маркетинговите програми на дадена частна болница се различават от тези на една благотворителна или пък на една държавна болница (военна, МВР, транспортна и т.н.). Тенденциите са маркетингът на болничните услуги да се нареди сред основните приоритети пред здравните мениджъри. Все още обаче маркетинговите отдели са рядкост в лечебните заведения (дори и в развитите страни, изключение правят най-вече големите медицински центрове).

Изхождайки от специфичността на услугите, те притежават следните съществени особености, които разгледани и „обяснени“ през сферата на здравните дейности са както следва:

Неосезаемост (нематериалност)

⁴² Meffert, H. / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997, 24

⁴³ Meffert, H. / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997, 24

⁴⁴ Котлър Ф., „Управление на маркетинга“, Том II, София, 1996г., стр.43-44

Качеството нематериалност на услугите се изразява в това, че клиентът не може да пипне и да види нереализираната услуга, както и нейния потенциал.⁴⁵ Услугите нямат вид, вкус, мирис и т.н. За здравните и респ. болничните услуги тази характеристика е силно изразена по отношение на другите области на услугите, тъй като при тях се касае за услуга, която се извършва лично, от медицинския специалист, често и многократно. Пациентът, който е подложен на хирургическа интервенция, не може да я пипне или да предвиди резултата от лечението. Целта пред маркетинговите специалисти е чрез „материализиране“ на услугите 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. Една подчертана особеност се извежда от факта на нематериалност, а именно това, че липсва оценка на услугата от клиентите преди нейното осъществяване. Пациентът, респ. клиентът, трябва да се довери на обещанието на продавача, тъй като това е единственото разбираемо и най-малко субективно оценено твърдение, с което той разполага. Този дефицит на преценка представлява висок риск от покупка за пациента. В тази връзка Engckhardt твърди, че възприеманият риск от покупката нараства с увеличаване на нематериалността на офертата за услугата.⁴⁶ В подобна ситуация клиентите оценяват различни действия като индикатори, които служат за намаляване на риска при закупуване. Това могат да бъдат бързата реакция на персонала при първоначалния контакт с организацията, приятелското, приветливо посрещане на потенциалните клиенти.⁴⁷ Заедно с трудностите при оценяване преди закупуването на дадена услуга, съществува и трудността при оценяване от потребителите на изпълнението. В този случай от значение са качеството и предпочитанията на потребителите. Тази особеност е в резултат на недостатъчни специализирани познания за някои лечения, които трябва да се поставят като проблеми при методите и техниките за полагане на грижи.⁴⁸ Невъзможността за транспортиране описва условието на *Uno-Actu* принципа. Това означава, че при здравната услуга моментът на изпълнение на услугата е идентичен с този на продажбата.⁴⁹ По този начин е невъзможно „производството“ на услугата на едно място и консумацията ѝ на друго място. Услугата, сама по себе си, е „нетранспортируема“.

⁴⁵ Meffert, H. / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997, S. 59

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

⁴⁷ Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 58

⁴⁸ Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 58

⁴⁹ Maleri, R.: Grundlagen des Dienstleistungsproduktion, 3. Auflage, Berlin, 1994, S. 52

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.

Многообразност

Услугите са изключително многообразни и зависят от различни фактори; така дадена гинекологична операция (например нерадикално отстраняване на матката) може да варира значително по отношение на качеството (в зависимост от базата, от използваните консумативи и апаратура, от гинеколога/екипа – опит, грешка, умения, моментно психологическо разположение). 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.

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.⁵⁰ 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.

Тленност

Услугите не могат да бъдат складирани. В случай на предвидимо търсене една организация разполага с допълнителен капацитет. При здравните услуги

⁵⁰ Янакиева А.: Маркетинг на дейността Медицински патронаж в домашни условия, Ивент Куин, София, 2014

осигуряването на достатъчно специалисти и помощен персонал от страна на дадена болница е свързано със значителни разходи. Съществуват различни стратегии за „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.

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.⁵¹ Разликата в сравнение с вътрешните производствени фактори се вижда в това, че външният фактор не се поддава на автономно разпореждане на организацията.⁵² 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.⁵³ 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.

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

⁵¹ Meffert, H. / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997, S. 67

⁵² Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 61

⁵³ Kruse, C. / Siegel, B.: Zusammenarbeit zwischen Arzt, Kostenträger und Pflegedienst zur Sicherung der Arzneimitteleneinnahme bei geriatrischen Patienten – Ein Modellprojekt, in: Trommsdorff Arzneimittel GmbH & Co., 2. Geriatriches Ruhrsymposium: Vorteile oder Vorurteile? Zusammenarbeit zwischen Klinik, Praxis und Pflege, Alsdorf 1997, S. 43 - 51

съдържа областта на човешките отношения между пациента и професионалиста.⁵⁴ 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.

Успоредно с многообразието от единични модели подходите към изследването на поведението на потребителя могат да се разделят опростено на следните части:

- социологически подходи и
- несоциологически подходи.⁵⁵

Социологическите подходи анализират изключително вариантите на поведение на потребителите, които могат да се наблюдават и измерват. Във връзка с това често се говори за Black-Box-модели (S-R-модели). Поведението се определя от стимули (S) и предизвиква възбуждаща реакция (R). При несоциологическите подходи се разглеждат така наречените интервениращи (изследващи) променливи. Те изразяват теоретични конструкции (абстрактни образи), за да се обяснят и анализират невидимите процеси в организма. Аналог за гореспоменатите S-R-модели са S-O-R-моделите, където O е организмът. Към интервениращите варианти спадат изключително обработените активиращи и познавателни (когнитивни) процеси в рамките на психическите варианти.⁵⁶

Като определящи фактори на поведението на потребителя се открояват голям брой независими променливи. Поведението се влияе от три детерминанти, а именно индивидуални психични детерминанти, детерминанти на околната среда и ситуативни детерминанти.

Психични променливи

Психичните променливи изграждат интервениращи променливи, които обясняват и анализират процесите в организма, които не могат да се наблюдават.

⁵⁴ Schöffler, A. / Menche, N. / Balzen, U.: Pflege heute: Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe, Ulm, 1997, S. 10

⁵⁵ Янакиева А.: Маркетинг на дейността Медицински патронаж в домашни условия, Ивент Куин, София, 2014

⁵⁶ Zentes, J.: Grundbegriffe des Marketing, 4. Auflage, Stuttgart, 1996, S. 181

Психичните променливи се групират на активиращи процеси и познавателни процеси.⁵⁷

Активиращите процеси се характеризират с вътрешните вълнения и раздразненост. Познавателните процеси са тези, чрез които индивидът приема, преработва и запаметява информацията. Причинител за психичните процеси са както вътрешни, така и външни дразнения, които въздействат на човека.⁵⁸

Разделянето на горните два вида процеси представлява аналитичен начин на разглеждане на комплексните процеси на психичните променливи. А за активиращи психически процеси говорим тогава, когато преобладава активиращ компонент. Ако преобладава обратно познавателен компонент, процесът се определя като познавателен. Компоненти на активиращите променливи са емоцията, мотивацията и схващането. Към компонентите на познавателните променливи спадат възприятието, решението, ученето и паметта.⁵⁹

Активиращи процеси

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

Емоция

„Емоциите са вътрешни дразнения, които се усещат приятно или неприятно и се преживяват повече или по-малко съзнателно.“⁶⁰ При емоциите може да различим две основни измерения:

- качествено измерение и
- количествено измерение.⁶¹

Докато качествено измерение се чувства като приятно или неприятно, количественото измерение показва интензивността на емоцията. В маркетинга емоциите играят решаваща роля така, че един клиент ще бъде готов да приеме послание за покупка само тогава, когато той се намира в определено ниво на активност. Особено висока хомогенност на определени продукти или услуги придават на емоцията решаваща роля, тъй като „свързаните с продукта чувства често са били решаващи критерии за диференциране от конкуренцията“.⁶²

Мотивация

⁵⁷ Янакиева А.: Маркетинг на дейността Медицински патронаж в домашни условия, Ивент Куин, София, 2014

⁵⁸ Kroeber-Riel, W. / Weinberg, P.: Konsumentenverhalten, 6. Auflage, München, 1996, S. 49

⁵⁹ Kroeber-Riel, W. / Weinberg, P.: Konsumentenverhalten, 6. Auflage, München, 1996, S. 49

⁶⁰ Kroeber-Riel, W. / Weinberg, P.: Konsumentenverhalten, 6. Auflage, München, 1996, S. 106

⁶¹ Балканска, П.: Приложна психологи в медицинската практика, София, 2000

⁶² Meffert, H.: Marketing Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele; Wiesbaden 1998, S. 108

Понятието мотивация е в близка връзка с емоционалните процеси на даден човек. Когато на емоцията все още липсва ориентирането към конкретни цели на действие, този познавателен частичен компонент се включва с мотивацията в теоретичния мисловен образ.⁶³ Мотивацията обхваща даден активиращ компонент, като например неподвижността на пациент, така и познавателен компонент като намерението да използва услугата „медицински патронаж в домашни условия“.

Схващане

Мисловният образ на схващането може да се дефинира като „субективно възприемана годност на даден предмет за задоволяване на една мотивация“.⁶⁴ Тук трябва да се има предвид, че индивидът може да реагира на определени стимули на околния свят продължително, позитивно или негативно.⁶⁵ Схващанията се отнасят до всеки мислим предмет.

Познавателни процеси

Познавателните процеси предоставят на индивида познание за неговото социално обкръжение и неговата личност. Те позволяват да се опишат като мисловни процеси.⁶⁶

Основен модел на преработка на информация от човек

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

- кодиране,
- запаметяване и
- извикване.⁶⁷

Под понятието кодиране се разбира филтриране и преработка на произхождащи от околната среда дразнения в обработена от съзнанието форма. Тази кодирана информация се запазва през времето с помощта на запаметяването. Фазата на извикването е резултатът от двете предходни фази. Тук обаче трябва да се направи разлика между запаметената и извиканата информация. „Ние може да знаем (което означава да съхраним) име, факт, събитие или каквото и да е, но все още не сме в състояние да възстановим това в конкретен случай. В такива случаи проследяването на паметта е недостъпно. Достъп до проследяването на паметта

⁶³ Kroeber-Riel, W. / Weinberg, P.: Konsumentenverhalten, 6. Auflage, München, 1996, S. 141

⁶⁴ Kroeber-Riel, W. / Weinberg, P.: Konsumentenverhalten, 6. Auflage, München, 1996, S. 168

⁶⁵ Meffert, H.: Marketing Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele; Wiesbaden 1998, S. 113

⁶⁶ Kroeber-Riel, W. / Weinberg, P.: Konsumentenverhalten, 6. Auflage, München, 1996, S. 224

⁶⁷ Балканска, П.: Приложна психологи в медицинската практика, София, 2000

може да бъде възстановено от подходяща възможност за повторно търсене, от стимул, който отваря пътеката до паметта”.⁶⁸

Детерминанти на околната среда

Според теорията за „социалните мрежи” извън тях има общност в поведението на всички поколения едно към друго. Детерминантите на околната среда влияят върху решението за покупка на дадена услуга. Това влияние се доминира от семейните ценности и отношения. Например такива характеристики са взаимно засвидетелстване на доверие, респектиране, грижи в случай на болест, склоняване в случай на емоционална възбуда и други.⁶⁹ Друга променлива е влиянието на общопрактикуващия лекар или лекуващия лекар върху пациента.

Ако поставим като основа горепосочените резултати, се констатира, че трябва да се вземе предвид влиянието на семейството при избора на болнично заведение от потенциалните членове на семейството. Тези теоретични резултати се отразяват и в практиката. Тъй като фокусът на този труд лежи в първичната ориентирана към клиента подготовка на маркетинга, трябва да се отбележи специално, че трябва да се окаже внимание на изискването за включване и вземане предвид на тази вторична група потребители.

Ситуационни променливи

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

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

Свързаните с времето белези са важен фактор, тъй като често здравословното състояние на даден човек, например при мозъчен удар (инсулт), се променя фундаментално за секунди. От една страна за всички засегнати се появява конфронтация с новите и непознати обстоятелства, от друга страна трябва да се вземат в рамките на кратко време решения, засягащи благополучието и физическото съхраняване на пациента.⁷⁰

В този случай може да се изходи от решение под натиск на времето. Както по-горе бе констатирано, че така наречените скоростни функции намаляват с възрастта. При разглежданите тук решения под натиск на времето може да се приеме, че те предизвикват стресова ситуация, особено при възрастните хора.

Стресът може най-общо да се дефинира като екстремно нарушаване на биологичното или психологичното функциониране, с нарушения, които се

⁶⁸ Gleitman, H.: Psychologie, 4. Auflage, Pennsylvania, 1994, S. 225

⁶⁹ Pappi, F. U.: Soziale Netzwerke, Opladen, 1997, S. 584 - 596

⁷⁰ Kruse M., Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 85

предизвикват от необичайни заплашващи или подчиняващи условия на живот.⁷¹ Тези обстоятелства трябва да се имат предвид особено при първите разговори с пациентите и техните близки. Ето защо в рамките на мениджмънта на оплакванията трябва да се вземат предвид тези факти.

Видове решения за покупка

Вземашите 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.⁷²

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.⁷³

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.

⁷¹ Балканска, П.: Приложна психологи в медицинската практика, София, 2000

⁷² Berekoven, L. / Eckert, W. / Ellenrieder, P.: Marktforschung: Methodische Grundlagen und praktische Anwendung, 11. Auflage, Wiesbaden, 2006

⁷³ Kroeber-Riel, W. / Weinberg, P.: Konsumentenverhalten, 6. Auflage, München, 1996, S. 358

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 активизиране, 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.⁷⁴

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.

При познавателните процеси се е установило, че възрастните хора не притежават същата сила на концентрация като младите хора. Освен това при тях се проявява ниска степен на лична инициатива. От тези резултати в рамките на поведението при решение за покупка следва изводът за редуциране на степента на познавателното управление. Ако по-нататък се наблюдават ситуативните детерминанти, които са били представени с помощта на времевите компоненти, при настъпване на заболяване трябва да се отдаде дължимото на увеличен стресов компонент.⁷⁵

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.

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

⁷⁴ Kroeber-Riel, W. / Weinberg, P.: Konsumentenverhalten, 6. Auflage, München, 1996, S. 338

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

е, че пациент в такава ситуация е склонен към силно опростено вземане на решенията, която частично се свежда до чисто приемане на експертно мнение.⁷⁶

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.⁷⁷

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.

1.2.6 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).⁷⁸ Той е определил, че организациите могат да използват 12 групи от променливи (елементи) за разработване на своите маркетингови програми. В зависимост от

⁷⁶ Kruse M., Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 89

⁷⁷ Kruse M.: Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 90

⁷⁸ Гладилков, С., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, стр. 37

специфичността на условията и дейността на организациите, ръководителите им комбинират използването на различни елементи в една обща програма за 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.”⁷⁹

Според Бърдън едни от „продуктите“ в маркетинг-микса са продуктово планиране, ценова политика, рекламна дейност, дистрибуция, политика на човешките ресурси, опаковка и съпътстващи услуги.⁸⁰

По-късно Джеръм Маккарти групира тези маркетингови инструменти в четири категории, които днес са познати като 4те Р.⁸¹

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.⁸² 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

⁷⁹ James Culliton, 1948

⁸⁰ Гладилов, С., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, стр. 38

⁸¹ Гладилов, С., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, стр. 39

⁸² Гладилов, С., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, стр. 37

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. 83

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. 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.⁸⁴ Затова от значение е и психологията на цената. В литературата се различават меки числа (0, 9, 6, 8 – напр. 1,99 лв.), остри числа (1,

⁸³ Гладилев, С., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, стр. 39

⁸⁴ Гладилев, С., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, стр. 39

7, 4 – напр. 2,01 лв. - важи за ниски цени), като за високите цени се изисква посочване на точна цена, напр. 17 477, 77 лв.

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:⁸⁵

Премийна и промоционална ценова стратегия: премиите 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 стоките 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. ⁸⁶

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

⁸⁵ Гладилев, С., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, стр. 40

⁸⁶ Гладилев, С., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, стр. 38

Аквизиционните 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 аквизиционната 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.⁸⁷ 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.

Рекламата има за цел чрез специални средства и начини за комуникация да подпомага пласментната политика на организацията, като оказва целенасочено, но лишено от принуда въздействие върху хората. ⁸⁸ Рекламата изпълнява три групи задачи, вземайки под внимание жизнения цикъл на продуктите. Различаваме реклама при въвеждане на продукта на пазара, реклама за напомняне на потребителите за продукта, намиращ се на пазара и реклама за увеличаване на продажбите. Основната задача на рекламата е да информира потенциалните потребители, че продуктът съществува, какви са неговите качества, възможности,

⁸⁷ **Гладилов, С.**, А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, стр. 40

⁸⁸ **Гладилов, С.**, А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, стр. 40

наличност и условия за ползване. Въз основа на тази информация потенциалният купувач решава дали предлаганият продукт припокрива неговите нужди.

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.

Инструментът стимулиране на продажбите влияе непосредствено върху убеждаването на потенциалните потребители за подтикване към закупуване на продукта. Той обхваща всички мерки, които подпомагат увеличаването на продажбите и включва: промоционални продажби, бонуси при по-големи покупки, лотарии със събрани етикети, капачки и други, викторини с награди от продукта и т.н. Тези средства са част от краткосрочните маркетингови дейности.⁸⁹

Персоналните или лични продажби са от особено значение за комуникационната 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. ⁹⁰

⁸⁹ Гладилев, С., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, стр. 41

⁹⁰ Гладилев, С., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, стр. 41

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.⁹¹ Външно ориентиран маркетинг, вътрешно ориентиран маркетинг и интерактивен маркетинг. Външно ориентираният маркетинг е насочен към процесите на организацията. Това са дейностите, свързани с продуктовете, цените, 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 услуга е в пряка зависимост от 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,

⁹¹ Grönroos Ch.: Service management and marketing: a customer relationship management approach, Wiley, 2000, Second edition

качество на изпълнение, а и на High-Touch изпълнение, съдържащи впечатления на пациента от изпълнението. 92

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.⁹³

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 ѝ.

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, Zeithalm 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 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

⁹² **Гладилов, С.**, А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, Принцепс Мариови ООД, София, 2015

⁹³ **Kotler Ph.:** Marketing-Management, 2001, стр. 783

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 просpekt 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.⁹⁴

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 клиента за тази услуга. Целта е използване на всеки шанс за подобряване услугата и качеството ѝ.⁹⁵

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

⁹⁴ **Гладилов, С.**, А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, Принцепс Мариови ООД, София, 2015

⁹⁵ **Гладилов, С.**, А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, Принцепс Мариови ООД, София, 2015.

дълготрайна вяроност. Така напр. до небезизвестните контролирани финансови цели се нареждат и поставените стандарти за качество. Стремехът 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 подоброно. 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 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. ⁹⁶

С времето класическият маркетингов микс се развива и се разширява от 4Р на 7Р като един интегриран модел. Развитието продължава и стига до 10 компонента. Подходът на създаване на стойност за акционерите ⁹⁷ 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 ориентирани единици 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.

⁹⁶ **Гладилов, С.**, А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, Принципец Мариови ООД, София, 2015

⁹⁷ Виж Глава 1.1.

2 Глава. Маркетинг на здравно заведение

2.1 Анализ на пазара, сегментиране, таргетиране и позициониране на здравно заведение

Българската здравна система предлага конкурентна среда между подходи и маркетингови стратегии с цел ефективно функциониране и достигане до максимален брой (потенциални) пациенти. Конкурентната среда от своя страна предполага добре проучена и избрана таргетна група, т.к. ресурсите на болничното заведение са ограничени. Концепцията за целеви маркетинг (target marketing) фокусира върху потребителите, които имат потенциални нужди и едновременно здравната организация може да задоволи. Този похват обхваща три етапа на проучване и действие:

- i. сегментиране на пазара – този метод служи за идентифициране и профилиране на отделни групи потенциални потребители, отличаващи се с подобни потребности, предпочитания, очаквания и възприятия за стойност;
- ii. таргетиране на пазара – тук организацията избира един или няколко сегмента, които с наличните ресурси би могла да навлезе и да задоволи конкретните потребности на целите групи потребители;
- iii. позициониране на пазара – ползите, които организацията може да достави, се оповестяват чрез комуникационната политика до таргетните сегменти;

2.1.1 Проучване на пазара

Маркетинговите проучвания представляват изследователска дейност по събиране, обработване и генериране на информация, свързана с конкретни групи хора (потенциални клиенти), конкретните техни потребности и желания, изразени в конкретна финансова стойност (платежоготовност на клиента и себестойност за доставчика).

Процесът на целенасочено придобиване и обработка на тази информация се осъществява чрез систематично събиране, анализ и интерпретация на информация за съществуващите обстоятелства, тенденции и предпочитания на развитие на пазарите, които съдържат важната информация за маркетинговите решения.⁹⁸

⁹⁸ **Berekoven, L.** / Eckert, W. / Ellenrieder, P.: Marktforschung: Methodische Grundlagen und praktische Anwendung, 11. Auflage, Wiesbaden, 2006

При пазарните проучвания се дефинира пазарът, предмет на проучването. Изчисляват се размера и характера на пазара, вида и географското разположение на потенциалните потребители (регионален, национален или международен пазар), какъв дял от този пазар организацията и конкурентите си поделят (за съществуващи продукти) и какъв дял организацията би могла да завладее при въвеждане на нови продукти на пазара (изцяло нови или нови само за конкретния доставчик). Друг фактор, който е от огромно значение за получаване на достоверна информация за пазара са тенденциите, които влияят върху структурата на пазара. Освен дейностите, насочени към определяне на сегментите и изчисляването на големината на пазара, маркетинговите проучвания се занимават и с продуктови анализи. Това са дейности, насочени към определяне вида на продуктите, които ще се предлагат съобразно изискванията на пазара. Те включват информация за планиране асортимента на продуктите (качествени и количествени характеристики на продукта) и допълнителните услуги за клиента, осигуряващи реализацията на конкурентноспособни продукти.

Проучването на пазара включва следните етапи:

1. Определяне обекта на проучването;
2. Определяне целите на проучването;
3. Определяне потребностите от информация и избиране на подходящ методически инструментариум;
4. Съставяне програма за действие;
5. Събиране и анализ на данните;
6. Представяне на резултатите от изследването.

Определяне обектът на проучването представлява общо описание на обекта. Дефинират се неговият обхват и характер, определят се параметрите и характеристиките на параметрите. Обект на проучването са видът, конкурентите, дял на участниците и други. След определяне на вътрешната структура на обекта се установява и неговата външна структура, т.е. прави се прогноза за развитието му.

За удовлетворяване на желанията и потребностите на пациента е нужен подробен анализ. Поставянето на цел означава първоначално събиране на някои основни величини. Освен това фундаментални въпроси като кой насочва пациента към организация, с кого пациентът разговаря за тези услуги са изходни точки при конфигуриране на маркетинговите инструменти. Важна част от изследването включва идентифициране и оценяване на преференциите на потребителя. В хода на анализа на данните трябва да се направи опит да се генерират първите изходни точки за сегментиране на пациентите. Оценените

преференции трябва също да бъдат използвани за предоставяне на опорни точки за подходящо развитие на маркетинговите инструменти.⁹⁹ Маркетинговото проучване се декомпозира на по-малки конкретни и временно ориентирани цели.

В етапа на определяне потребностите от информация се уточнява количеството, вида и качеството на необходимата информация и източниците за нея. Изчисляват се разходите за информационното обслужване, за да се избере оптимална схема на маркетинговото проучване. Избиране на подходящ методически инструментариум конкретизира методите и средствата за събиране, обработка и генериране на нужната информация.

Съставянето на програма за действие обхваща поставяне на конкретни задачи, съобразени с целите на проучването, конкретни срокове за изпълнението им и се посочват отговорните за това изпълнители. Подборът на програмите се извършва съобразно с методите за решаване, като анализ разход/печалба и анализ разход/ефективност.

Анализът на пазара предоставя информация за определяне на целите и стратегиите, които трябва да съответстват на капацитета на обслужване (вътрешен анализ), да са съобразени със състоянието и дейността на конкурентите (анализ на конкурентната среда) и да са в съответствие със стратегическия план на организацията (стратегическо планиране).

По време на етапа събиране и анализ на данните се разработват въпросниците и се провежда техническата част от проучването.

По-нататък се представя преглед на възможните методи на обработката и оценката на отделните данни, получени при събирането на информацията. Статистическият показател и метод на анализ се разделят в зависимост от броя на променливите величини, използвани в изследването, на едновариантен и мултивариантен анализ.¹⁰⁰ В рамките на дескриптивния едновариантен анализ на данните резултатите от изследването се описват със статистически мерки. Във връзка с това в нормалния случай на едновариантен анализ се изследва разпределението на една единствена променлива спрямо всички измервани обекти. В зависимост от нивото на скалата могат да се предприемат различни операции. Статистическото обозначение на дадена променлива е възможно чрез параметри на разположението и отклонението. Към параметрите на разположението, които обозначават положението на разпределението на твърдението, спадат методът, централната стойност (медианата) и аритметичното средство. Към отклонението, което описва отклонението на стойностите на

⁹⁹ Kotler, P. / Bliemel, F.: Marketing – Management Analyse, Planung, Umsetzung und Steuerung, 9. Auflage, Stuttgart 1999, S. 425

¹⁰⁰ Nieschlag, R. / Dichtl, E. / Hörschgen, H.: Marketing, 18 Auflage, Berlin, 1997, S. 768

белега от изходната величина, спадат: разликата, стандартно отклонение, коефициент на вариация и др.

При мултивариантния анализ на данните се измерват повече променливи към много носители на белези чрез различни методи и едновременно с това се оценяват.¹⁰¹ Една възможна класификация на отделните мултивариантни методи е да се ориентират към това дали се касае първоначално за структуро -проверяващи или структуро - откриващи методи. Към структуро - проверяващите методи могат да се причислят регресионен анализ, вариантен анализ, дискриминантен анализ, анализ на непредвидимостта и обединено измерване. Дискриминантният анализ различава две или повече групи, които са определени с повече променливи. Използва се като класификатор или за намаляване на измеренията. Анализът на непредвидимостта изразява силата на връзката между два или повече номинални или редни променливи. Тя се основава на сравнение на реално измерените честоти на две функции с честотите, които може да се очакват с независимостта на тези характеристики. Докато обединеното измерване или още Conjoint Measurement представлява многовариантен метод, който е разработка на психологията. Към структуро- откриващите методи спадат факторен анализ, групов анализ и мултидимензионално скалиране.¹⁰² От интерес е груповият анализ, който е познат и като Clusteranalyse. Този метод служи за откриване на структура в големи бази данни. Намерените групи на „подобни“ обекти се наричат клъстърри.

След събиране и обработка на данните от проучването се запознават заинтересваните групи с резултатите, като формата на представяне на информацията зависи от броя им, местоположението и много други фактори.

2.1.2 Сегментиране на пазара

Микромаркетингът е част от съвременната маркетингова наука и се осъществява на едно или повече от следните пет нива: сегменти, ниши, прозорец, територии и отделни лица. Пазарен сегмент обединява група клиенти (пациенти), които имат сходни потребности и желания. При сектора се наблюдава разликата, че той се състои от група индивиди със сходни демографски показатели, но изискванията и очакванията помежду им са различни. Маркетолозите не създават сегменти, а идентифицират и се насочват към тези, които биха могли да задоволят по печеливш за организацията метод.

¹⁰¹ **Meffert, H.:** Marketing Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele; Wiesbaden 1998, S. 162

¹⁰² **Kruse M.:** Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, S. 144

Терминът ниша се дефинира още по-тясно, т.к. групата потенциални потребители е по-малка от сегмента, отличава се с по-висока платежготовност и има по-рядко срещани и по-големи желания и очаквания от сегмента. Друга характеристика е, че притежава потенциал за растеж. При нея се появяват по-рядко конкуренти поради нуждата от тясна специализация за предлагането на такива продукти.

Пазарен прозорец е сегмент, който е пренебрегнат и от производителите, и от търговците. Пазарът там е зает от стоки, но без част от потребителите да могат да намерят това, което съответства най-пълно на техните предпочитания и желания.¹⁰³

Друга целева аудитория може да бъде политика на локалния маркетинг. Той се концентрира върху нуждите и желанията на групи от клиенти, които пребивават на дадена територия. Такива територии могат да бъдат жилищни райони, офис площи, отделни търговски центрове и други. По-конкретно местни болници или центрове, част от големи здравни вериги, предлагат различни здравни услуги в зависимост от спецификата на района, в който се намират. Основната цел при този маркетинг е да индивидуализира и доближи услугите в максимална степен до отделните пациенти на дадената територия. Това обаче понякога се случва за сметка на увеличени производствени и маркетингови разходи, тъй като не се реализират икономии от мащаба.

2.1.3 Таргетиране на пазара

Понятието идва от английската дума „target” – цел, обект. В тази фаза организацията избира целевия сегмент или сегменти. След като вече пазарът е сегментиран – определени са сегментите, които представляват най-голям интерес за фирмата, естествено възниква въпросът: Ще съумее ли организацията да обслужва едновременно и еднакво добре всички интересни сегменти? Налага се да се избере един, максимум два сегмента, към които да се насочат основните усилия и ресурси на организацията.¹⁰⁴

Базовите характеристики на един привлекателен сегмент от пазара са следните. Това е целеви пазар, на който съществуват неудовлетворени потребности, които фирмата може успешно да удовлетвори. Потенциалните потребители са платежоспособни и в настоящия момент биха купили продукта. Целевият пазар предоставя възможности за растеж на продажбите и не е обект на

¹⁰³ Гладилов, С., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, Принцепс Мариови ООД, София, 2015

¹⁰⁴ Гладилов, С., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, Принцепс Мариови ООД, София, 2015.

търговска дейност от страна на конкуренти.¹⁰⁵ Таргетният сегмент трябва да отговарят на критериите измеримост (значима големина, покупателната способност и характеристики на дадения сегмент); солидност (достатъчно големи и перспективни сегменти, така че да бъде рентабилно да се разработват); достъпност (да е възможно да бъдат ефективно достигани и обслужвани); отличителност (да притежават значителни разлики и да реагират на различни маркетингови програми; ако два сегмента реагират сходно на дадена оферта, то това не са два отделни сегмента); приложимост на мерките (да могат да бъдат формулирани реални програми за привличане и обслужване на таргетни сегменти). При оценката и анализа на отделните сегменти, организацията трябва да вземе предвид два фактора: (1) цялостната привлекателност на конкретния сегмент и (2) целите и ресурсите на организацията, които са на разположение.

Съществуват следните четири варианта продукт/пазар (фиг. 5).

Фиг. 5. Четири варианта продукт/пазар на апарати за измерване на кръвно налягане

Потребителски пазар	Промислен пазар
------------------------	--------------------

¹⁰⁵ Гладилев, С., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, Принцепс Мариови ООД, София, 2015.

Продукт с Механична индикация		Целеви Сегмент
Продукт с електронна индикация		

На първо място фирмата трябва да събере информация за тези четири сегмента. Това са сведения относно обема на продажбите в парично изражение, очакван темп на ръста на пазарта, очакван размер на печалбата, интензивност на конкуренцията, изисквания към каналите за пазар и рекламата. Тогава най-изгоден за фирмата (target market) ще е този сегмент, в който има:

Най-високо равнище на текущ пазар, т.е. в дадения момент има достатъчна поглъщаемост.

Висока норма на печалба, т.е. предоставя възможности за по-нататъшен ръст.

Слаба конкуренция.

Несложни изисквания към маркетинговите канали.

На второ място след като фирмата е намерила привлекателните за нея сегменти, тя е длъжна да отговори на въпроса: „Кой от сегментите най-пълно съответства на нейните силни делови страни?” и точно там да насочи своите усилия.

Защото промишленият пазар на апаратите с механична индикация може да е изключително привлекателен, но фирмата да има огромен опит на потребителски пазар.

Следователно необходимото условие при избор на целеви пазар за една организация е той да бъде привлекателен сам по себе си като характеристики, а достатъчното условие – да съответства на силните страни от дейността на фирмата.

Според Филип Котлър съществуват пет основни стратегии за избор при пазарното таргетиране.¹⁰⁶ Първата е фокус към един сегмент. Тази стратегия разполага със следните предимства. Организацията усвоява в детайли нуждите и поведението на целевия си сегмент и реализира ефективност при тясната си специализация. Рисковете, които се разпознават са, че нов конкурент или промяна в поведението на единствения сегмент може да срине целия бизнес на организацията. Друга стратегия е селективната специализация. Тук организацията избира няколко сегмента, на които навлиза. Всеки микропазар отговаря на критериите и е привлекателен, без да е необходимо да са свързани помежду си или да се очаква синергичен ефект на продуктите. Продуктовата специализация осигурява предлагане на един продукт на няколко сегмента. В основата му той е един и същ, но може леко да се моделира в зависимост от конкретните желания на целевия сегмент. Тук опасността за организацията се крие в риска от навлизане на пазара на нова технология, която да измести продукта. Пазарната специализация е стратегия, в която организацията се фокусира върху задоволяването на много потребности, но на една и съща потребителска група. Рисковете се крият в свиване на групата или ограничаване на разходите на потребителите за съответния продукт. Последната стратегия цели обслужването на всички целеви групи с всички продукти, от които те се нуждаят. Пълното пазарно покритие може да се реализира чрез игнориране на разликите между сегментите и предлагане на една оферта или чрез замисляне на отделни продукти за всеки сегмент. Характерно за този подход е, че се използва рядко и то главно от много големи компании.

2.1.4 Позициониране на пазара

Тази фаза представлява разработване на маркетингова стратегия за обхващане на целевия пазар. Позиционирането се отнася до това, какво продуктът предизвиква в съзнанието на потенциалните клиенти.¹⁰⁷ Това означава, че продуктът се позиционира в мислите на хората. Ако тук организацията не се справи добре, пазарът ще бъде объркан, т.е. крайният резултат ще е негативен (дори и сегментирането и таргетирането преди това да са осъществени перфектно). Позиционирането всъщност е действието по оформяне на имиджа на организацията и предлагания от нея продукт така, че да заеме значима част в съзнанието на потенциалните потребители на целевия пазар.

¹⁰⁶ Kotler, Ph., Shalowitz, J., Stevens, R.J. "Strategic Marketing for Health Care Organizations. Building a Customer-Driven Health System", San Francisco, 2008, p. 232-234;

¹⁰⁷ Kotler P, Grundlagen des Marketing, S. 506

Според авторите Ries и Trout съществуват три възможни стратегии за успешно позициониране на пазара. Това са:

- Подсилване на настоящата позиция.
- Фокусиране върху незаети позиции и тяхното запълване.
- Депозициониране и изместване на конкуренцията.¹⁰⁸

Затвърждаването на конкретния продукт в съзнанието на потребителите допуска промени в името, цената и опаковката. Тези козметични промени се правят с цел стабилизиране на продукта в съзнанието на потенциалните консуматори, която води до моментална асоциация при необходимостта от подобен продукт. В помощ се прилагат символи, фирмени знаци и лого. Разбира се индивидуалността на всяка марка се подсилва от тези символи и тя трябва да бъде разпространявана посредством реклама.

Стратегии за позициониране

Една от стратегиите е заложена в употребата на продукта. Друга стратегия се цели в повода на използване на продукта или във времето на използване.

Продуктовите качества се използват за позициониране на много технически продукти. Така напр. акцентът при мобилните апарати пада върху многобройните функции, които те притежават, дори и следене на физически параметри на човек посредством гривни и други устройства, които пращат информацията на мобилното устройство, където тя се запамятава и при нужда се доставя на лекаря.

Интересно позициониране се изгражда чрез потребителя. По-точно става въпрос за изображение на житейска ситуация, която купувачът открива самостоятелно в рекламата на продукта и се идентифицира с хората от нея.

Друг критерии за позициониране на продукта е неговият произход, който насочва съзнанието на потребителя към конкретно чувство за местоположение. Регионално позициониране се прилага често в здравния сектор, когато става въпрос за конкретен ресурс на региона (напр. минерална вода).

Позициониране чрез спортни или подобни действия е друга възможност за позициониране. Често срещана стратегия е интегрирането на известна личност или идол в популяризирането на даден продукт. Така например известни личности подкрепят благотворителни кампании за лечение на единици или групи хора или популяризират профилактични кампании с цел достоверност на прегледа или ваксината.

¹⁰⁸ Гладилков, С., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, Принцепс Мариови ООД, София, 2015

Последната стратегия се отнася до други продукти. Това се среща тогава, когато дадена организация се слее с друга, когато една фирма закупи друга и т.н.

Позиционирането е свързано със самото налагане на продукта като най-добре удовлетворяващ потребностите, изискванията, желанията на клиентите.

Ако сегментирането дава на производителя характеристиките, които трябва да има продуктът, то позиционирането убеждава потребителите, че вече се предлага исканият, търсеният продукт.¹⁰⁹

За успешното позициониране е нужен избор на начин за навлизане на пазара, избор на маркетинговите средства, които да се приложат и избор на време за навлизане на пазара.

Резултатът от успешното позициониране е създаване на стойност за клиента, на убедителна причина потенциалният потребител да си купи продукта. Позиционирането започва с продукта и когато е налице търговска сделка, услуга, компания и т.н., но най-важното в случая е влиянието върху намеренията и решенията, които потребителят като такъв взима.¹¹⁰ Успешните организации позиционират своите предложения като изрично посочват сходствата и разликите между отделните марки, вместо да оставят клиента сам да определи къде се намира даденият продукт спрямо този на конкурентите.

2.2 Стратегически маркетинг в болнично заведение

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

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.

¹⁰⁹ Гладилков, С., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, Принцепс Мариови ООД, София, 2015

¹¹⁰ Ries, A., Trout, J. "Positioning: The Battle for Your Mind", New York, 1982;

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 маркетинг¹¹¹ 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?¹¹² 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 стойност¹¹³ за пациента, както и баланс на разход-качество-достъп до услугата. Освен мисията на здравната организация е нужно да формулират целите ѝ. 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 етапите стратегически маркетингов анализ, стратегическомаркетингово планиране, внедряване на стратегията, оценка и контрол на стратегията

2.2.1 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

¹¹¹ Виж Глава 2.3.

¹¹² Drucker, P. "Management: Tasks, Responsibilities, and Practices", New York, 1973, ch.7

¹¹³ Виж Глава 2.1.

и продукти вътре в организацията, докато външният засяга пазара (потенциалните потребители) и конкурентната средата. Най-използваният метод е SWOT анализът. Акронимът идва от четирите думи strengths (силни страни), weaknesses (слаби страни), opportunities (възможности) и threats (заплахи).

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 (общци 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. Портър¹¹⁴. „Петте сили“ представляват вътрешносекторната конкуренция (напр. между болници в един регион), заплахата от навлизане на нови играчи на пазара (откриване на нови болници), заплахата от въвеждане на продукти–заемствители (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 политика 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. 1. Маркетингови стратегии

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

¹¹⁴ Porter, M.: Competitive Strategy, New York, 1980;

	палиативна медицина, създаване на център за диабетици)	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 ползността 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 регулиране 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. 2. 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 диференцируеми 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. Могат да се изтъкнат някои пазарни дефекти в здравеопазването.

К. Еленски анализира структурата и особеностите на пазара на здравни услуги в България. Според него предлаганите услуги в частния сектор са доста по-скромни по обхват и качество от тези в общественения сектор. Той изтъква, че частният сектор в здравеопазването у нас се различава съществено от пазарите на здравни услуги в развитите страни – по вид и начин на реализиране на услугите.

Стремежът на лекарите у нас е да се остойности и заплати всяка отделна манипулация, без да се държи сметка, 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 Националния рамков договор.

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 ентузиазъм на лекарите, пазарното предлагане на медицински услуги не се превръща в реална и ефективна алтернатива на обществената здравна мрежа.

Най-скъпо струващите дейности не се предлагат в частния сектор – голямата хирургия, 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, териториялна 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.

У нас ДЗО (доброволното здравно осигуряване) все още не действа ефективно и не може да се прояви като алтернатива на НЗОК. Не съществува и здравно-осигурителен пазар на който достоверно да се оцени търсенето на услугата здравно осигуряване.

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 здравеопазването.

2.2.2 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 заложените параметри.

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

- Стил на междуличностни отношения с пациентите, основани на доверие и симпатия;
- Професионална компетентност и престиж на лекаря;
- Лесно и достъпно получаване на здравна услуга с намаляване на препяствията и бюрократичните процедури преди контакта с лекаря. Това е особено важно, тъй като потребителите 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, ориентирана към дълго-временен период;

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

- Ситуационен анализ на здравната организация;
- Маркетингови цели;
- Маркетингова стратегия
- Маркетинг-план за действие
- Маркетингови 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 на мениджмънта на здравното заведение и постигане на по-добри медицински, икономически и социални резултати.¹¹⁵

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

¹¹⁵ Гладилков, С., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, Принципи Мариови ООД, София, 2015

конкретизира дейността по публичен рилейшънс и да се създава **изпреварваща готовност** за разширяване и подобряване на предлаганите здравни услуги (8).

Според Т. Марсу и М. 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 маркетингов план**. В тази насока авторите разглеждат подходите на SWOT-анализа като задължително средство за реализиране на ефективен маркетинг.

Динамичният маркетинг изисква способност за:

- широк социално-медицински анализ на заболяемостта, 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;
- желаниа 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 произвежда 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), заболяемост (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 качествено прогнозиране може да се нарече и екологично прогнозиране. То включва анализ и оценка на средовите фактори, които вляят 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 качествено прогнозиране следва да 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 географски, 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”, общественото 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 оценени 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. Приоритет 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* заболяемостта 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 повлияят 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 целевите групи с него.

2.2.3 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 оптика влиза в действие. В продължение на гореспоменатия пример сега се запознават целевите 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 уrogenиталната 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.¹¹⁶

Организацията на изпълнението е фазата, която 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.¹¹⁷

¹¹⁶ Гладилов, С., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, Принцепс Мариови ООД, София, 2015.

¹¹⁷ Гладилов, С., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, Принцепс Мариови ООД, София, 2015.

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.

2.2.4 Оценка и контрол на стратегията

Контролът е система за наблюдение и проверка върху заплануваната 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 плановете 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.¹¹⁸

Оценката на изпълнението е последната фаза в приложението на маркетинговия план. Целта ѝ 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

¹¹⁸ Гладилков, С., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, Принципс Мариови ООД, София, 2015.

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.¹¹⁹

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

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.

2.2.5 Роля на маркетинговата култура в болничния мениджмънт

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

Изходен въпрос на маркетинговия подход е този за **очакванията и потребностите на клиента (пациента)**. Следващият въпрос е доколко качеството на предлаганите услуги е адекватно на очакванията и потребностите на клиента (пациента).

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

- **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 за всяка здравна организация и в частност за болничните заведения.

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

¹¹⁹ Гладилков, С., А. Янакиева, А. Воденичарова: Маркетинг в здравеопазването, Принцепс Мариови ООД, София, 2015.

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

Значимостта на тези два индикатора доказва основополагащото значение на следното определение на Том Ратуел: „Качеството е нещото, което търси клиентът”. Може да се счита, че това определение е изцяло основано на маркетинговия принцип и е критерий за степента на развитие на маркетингова култура в дадена организация.

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.

2.2.6 Социално-етичен маркетинг в здравеопазването

Напоследък все повече се налага становището, че проблемите на маркетинга в здравеопазването изискват по-широк подход от тясно пазарното 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 лекаря 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 мислене¹²⁰. В тези условия на анализите на дейността на лечебните заведения се надценява икономическата ефективност и се подценява анализът на медицинската и социалната ефективност.

2.2.7 Приложение на електронните технологии в маркетинга на здравните услуги

Информационните електронни технологии навлязоха масово в маркетинга на здравните услуги. Първата европейска онлайн-здравна услуга беше пусната през 2000 г. от Dr Globe.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.

¹²⁰ Воденичаров, Ц. / Попова, С.: Медицинска етика, София, 2010

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.

Подобно е значението и на лабораторната система с автоматизиран поток и отделяне на материалите за изследване, както и с възможности за отдалечена заявка от страна на клиницистите и автоматичен моментален отговор от лабораторните анализатори. Всички тези компоненти на съвременната болнична информационна система правят процеса на диагностика и лечение по-бърз, поточен и значително по-ефективен. Възможността за отдалечена диагностика и лечение, включително хирургично, води до значително спестяване на финансови средства за излишни изследвания и други манипулации.

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.

По-важните части на един съвременен интернет портал са:

- **Информационна част.** Включва в себе си няколко подсистеми, организирани най-често на модулен принцип и даващи възможност за използване на данните от различни групи потребители.

- **Диагностична част.** Предоставя възможност да се обявяват данни за пациентите от извършени прегледи, изследвания и резултати, което позволява да се извършва по-бързо и ефективно процеса на установяване и поставяне на диагнозата. Този процес определя до голяма степен ефективността и ефикасността на предприетата след това терапия.

- **Терапевтична част.** Връзката между лекар и пациент може да се осъществи в реално време под формата на размяна на съобщения, телеконсултации, включително с обмен на аудио-визуални изображения. За да се гарантира терапевтичен успех здравните специалисти през портала могат да използват различни документи, здравното досие на пациента и образни диагностични изображения. През специфични приложения на здравния портал може да се използва и за консултация по време на операция, която в реално време да промени хода на интервенцията, както и да се използва с цел обучение на студенти, стажанти и специализанти. По този начин терапевтичната ефективност се повишава.

- **Отчетна част на здравния портал.** Използва се от медицинските специалисти. Те могат да получават документи с нови изисквания, методологии, формуляри, протоколи, свързани със здравноосигурителните институции или със здравната администрация.

- **Маркетингова част.** Включва запознаване на пациентите със здравните услуги, които предлагат различните здравни заведения, като с цел създаване на по-голямо доверие се описват максимално разбираемо различните заболявания, начина, по който се третират в съответните болници и наличната за целта диагностична и терапевтична медицинска апаратура. Също така се описва квалификацията на здравните специалисти, което е изключително важно за правилната диагностика, а оттам и по-ефективната терапия на болестите. Маркетинговата насоченост на здравните портали в условията на пазарна икономика и конкуренция има и комерсиална страна, която има положителен ефект, свързан с предварителното запознаване на пациентите с условията и квалификацията на лечебните заведения. Информираността от здравните портали

има положителен ефект и за здравните специалисти. Например ако общопрактикуващите лекари знаят, че даден пациент е здравно осигурен, те са спокойни, че услугите, които са оказали ще им бъдат заплатени от осигурителната институция.

- **Социално-интеграционен компонент.** Това е една относително нова част на здравните портали с голямо значение за здравето и живота на много пациенти. В последните години все по-голяма популярност добиват здравни портали, които са специализирани за пациенти, страдащи от определени заболявания. Тези болести са не само най-разпространените като сърдечно-съдови и диабет, но също така и такива за редки болести. Порталите на практика сближават много болни пациенти, които по този начин формират затворени общества, които си помагат информационно и практически. За много пациенти това се превръща в смисъл на живот. Общуването спестява много излишни усилия на пациентите и съдейства за взаимното им обективно информиране за развитието, етапите на заболяването, най-ефективните диагностични методи, най-добрата терапия и къде могат да се предоставят най-добрите и ефективни здравни услуги. Още по-голяма става ролята на тези портали, когато към тях се включат активно и водещите в областта лекари специалисти. За това свързващата функция на здравните портали, съчетана със значителната им информативност има вече огромно влияние в живота на хората – еднакво важно за здравите граждани (по отношение на профилактиката и водене на здравословен начин на живот), за болните (за намиране на по-добра диагностика и терапия), както и за здравните специалисти – за по-ефективно оказване на здравни услуги, за активна връзка в реално време с пациенти, колеги и официални институции.

Връзката на здравните интернет портали с болничните информационни системи е на много нива. По принцип болничните информационни системи имат за цел да обслужват всички процеси, които съпътстват престоя на пациентите в болничните заведения и дейността на заетите в тях, като накрая формулират съответните отчети и осъществяват комуникация с осигурителните институции. Поради тази причина първите компоненти на болничната информационна система, които се представят в уеб порталите са именно отчетните – поради нуждата от пряк обмен на данни с външните институции. Постепенно поради необходимостта от непрекъсната комуникация на здравните специалисти с пациентите в интернет пространството и с помощта на съвременните технологии се експресират все по-голяма част от образните, лабораторните и функционалните изследвания. Здравните специалисти имат нужда да общуват повече и с колегите си от други болници, да работят отдалечено. Всичко това налага запазването и използването на документи и структурирана информация на

място, където тя да се съхранява и в същото време да е достъпна от повече локации и хора. Такова място представлява здравния интернет портал.

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.

2.2.8 Интернет маркетинг

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 мениджмънт, 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 ѝ, 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, 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 интересувания 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.

2.3 Наредба за проучване на удовлетвореността на пациентите от медицинските дейности, закупувани от НЗОК

Проектът на Наредбата за проучване на удовлетвореността на пациентите от медицинските дейности, закупувани от НЗОК, е публикуван на сайта на Министерство на здравеопазването на 02.11.2015 г. Наредбата е изготвена от г-жа Н. Бранковска, началник отдел „НА“ и д-р И. Бенишев, началник отдел „СМПСМД“, подписана от д-р Петър Москов, Министър на здравеопазването, съгласувана с д-р Ваньо Шарков, зам.-министър. По-нататък ще бъде наричана Наредбата. Тя е издадена на основание чл. 19, ал. 7, т.15 от Закона за здравето осигуряване.

Наредбата има за цел да осигури модел за оценка на удовлетвореността на пациентите от медицински дейности, свързани с оказаната медицинска помощ, който отговаря на следните изисквания:

1. Възможно най-висока степен на обективност;
2. Представителност за изпълнителите на медицинска помощ, сключили договор с НЗОК;
3. Надеждност на резултатите;
4. Обхват на основните компоненти съгласно чл. 4.¹²¹

Според Наредбата проучването на удовлетвореността ще се извършва въз основата на въпросник¹²². Оценката ще обхваща компонентите: медицинска документация, данни за състоянието и лечението на пациента; качеството на

¹²¹ Наредба за проучване на удовлетвореността на пациентите от медицинските дейности, закупувани от НЗОК, чл. 2

¹²² Наредба за проучване на удовлетвореността на пациентите от медицинските дейности, закупувани от НЗОК, чл. 3

оказаната помощ; дейностите, свързани с лечението и информация за допълнителните плащания от пациента.¹²³

Проучването ще се възлага всяка година, като информацията за постигнатото съвпадение между очакванията на пациента, неговите потребности и реално оказаната му медицинска помощ ще са индикатор за оценка на качеството на медицинската помощ, основаващ се на проучването на нагласите и мнението на пациента.¹²⁴

Допълнителната разпоредба гласи, че резултатите от първото проучване на удовлетвореността за всеки вид лечебно заведение няма за цел да води до налагане на санкции по Закона за здравното осигуряване.

В Наредбата е описана Методиката за проучване на удовлетвореността на пациентите от медицинските дейности, свързани с оказаната медицинска помощ.¹²⁵ Обхватът на модела включва четири компонента, а именно Медицинска документация, данни за състоянието и лечението; Качество на медицинската помощ; Дейности по лечението и Допълнителни плащания от пациента. Критериите за подход, които гарантират получаването на информация, се основават на задължителни характеристики като представителност, надеждност, обективност и конфиденциалност на личните данни и данните от личното медицинско досие. Извадката на проучването възпроизвежда генералната съвкупност от общия брой лечебни заведения и броя преминали пациенти за приключилата година.

В Глава 4 Анализ на данните от проучването мнението на хоспитализирани пациенти е направено сравнение между заложените въпроси относно удовлетвореността на пациентите във Въпросника, отразяващ мнението на хоспитализираните пациенти в V-та МБАЛ-София ЕАД и въпросите от Въпросника относно удовлетвореността на пациентите от медицинските дейности, свързани с оказаната медицинска помощ, закупувана от НЗОК.

¹²³ Наредба за проучване на удовлетвореността на пациентите от медицинските дейности, закупувани от НЗОК, чл. 4

¹²⁴ Наредба за проучване на удовлетвореността на пациентите от медицинските дейности, закупувани от НЗОК, чл. 5

¹²⁵ Наредба за проучване на удовлетвореността на пациентите от медицинските дейности, закупувани от НЗОК, Приложение 1

3 Глава. Цел, задачи и методика на проучването

Целта на дисертационния труд е чрез критичен анализ на приложението на маркетинга в болничния мениджмънт в България и чужбина и проучване мнението на пациентите и медицинските специалисти в V-та МБАЛ-София ЕАД, да се изведат конкретни работещи механизми и да се определи най-добрата маркетингова политика при използване на наличните ресурси.

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

1. Анализ на маркетинговите политики и инструменти в областта на маркетинга на здравните услуги.
2. Анализ на различните насоки на маркетинга и възможностите за приложението му в областта на болничния мениджмънт.
3. Анализ на данните от проучването сред пациентите на лечебното заведение.
4. Анализ на данните от проучването между медицинските специалисти относно необходимостта от по-широко използване на маркетинговите инструменти в управлението на болницата, относно аспектите потребност, съдържание, изпълнители, организация, финансиране и др.
5. Формулиране на основните насоки на маркетинговата стратегия и насоките на маркетинговата политика.
6. Разработване на препоръки.

Целта на двете проучвания е да се обоснове нарасналата потребност от маркетингов подход в болничния мениджмънт като фактор за повишаване качеството на медицинската помощ и целенасочено предлагане на търсени допълнителни услуги.

Основното проучване сред пациентите и медицинските специалисти в дисертационния труд е проведено в периода януари – юни 2015г. Анкетирани са 300 пациенти и 280 медицински специалисти.

Използвани са следните методи в дисертационния труд:

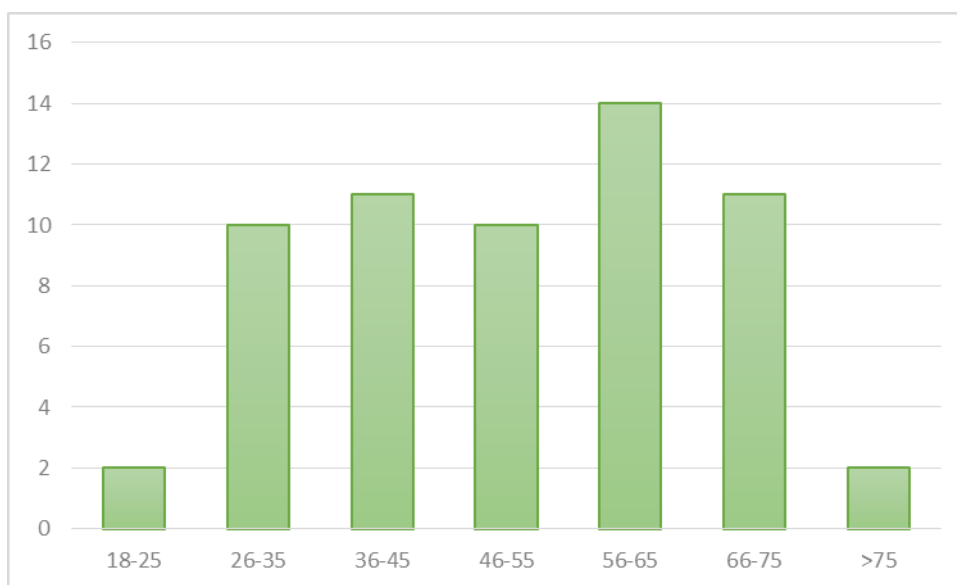
1. сравнителен анализ - анализ на маркетинговите политики и инструменти в чуждестранната литература, както и на маркетинга в здравеопазването и по-конкретно на болничния маркетинг;
2. социологически методи:
 - a. документален метод;
 - b. анкетен метод (анонимна анкета) - анкетират се медицински специалисти в V-та Градска болница в гр. София;
 - 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;

4 Глава. Анализ на данните от проучването мнението на хоспитализирани пациенти

Проучването е проведено сред 300 хоспитализирани пациенти в V-та МБАЛ-София ЕАД. Анкетирания в различни отделния на болницата пациенти имат пряко отношение към маркетинговите дейности и политика и изграждането на работеща маркетинг-мениджмънт стратегия. Те представляват основната таргетна група, към която е насочена тази организация.

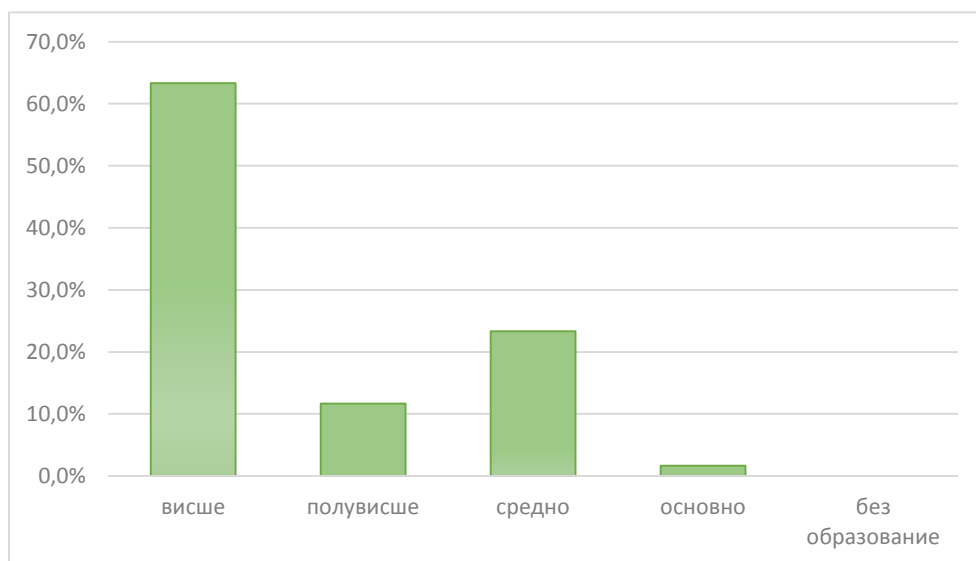
Анкетирания имат пряко отношение към проблематиката на дисертационния труд. Разпределението по пол на анкетирания е следното: 70 човека са на възраст от 56-65 години, по 55 на възраст от 36-45 години и на 66-75 години, по 50 на възраст от 26-35 години и на 46-55 години, по 10 на възраст от 18-25 и над 75 години

Фиг. 6. Възрастово разпределение на анкетирания пациенти.



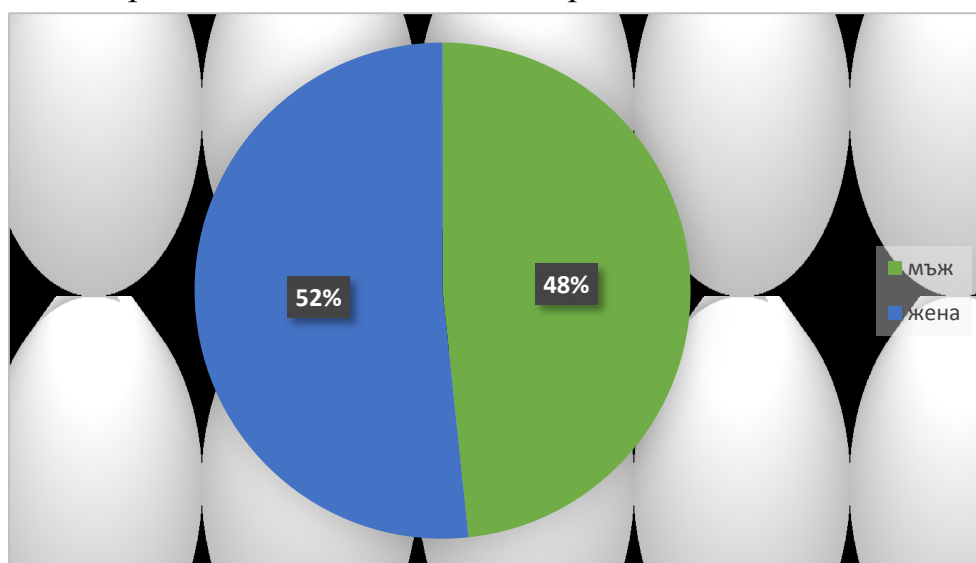
Сред допитаните 63.3% от пациентите са с висше образование, 23.3% със средно, 11.7% с полувисше образование и 1.7% са с основно образование (фиг. 7). Този факт свидетелства за относително високото ниво на образование на хората, които са отговорили на въпросите, свързани със същността, удовлетвореността и потребностите в болничното заведение.

Фиг. 7. Образователен ценз на анкетирания пациенти.



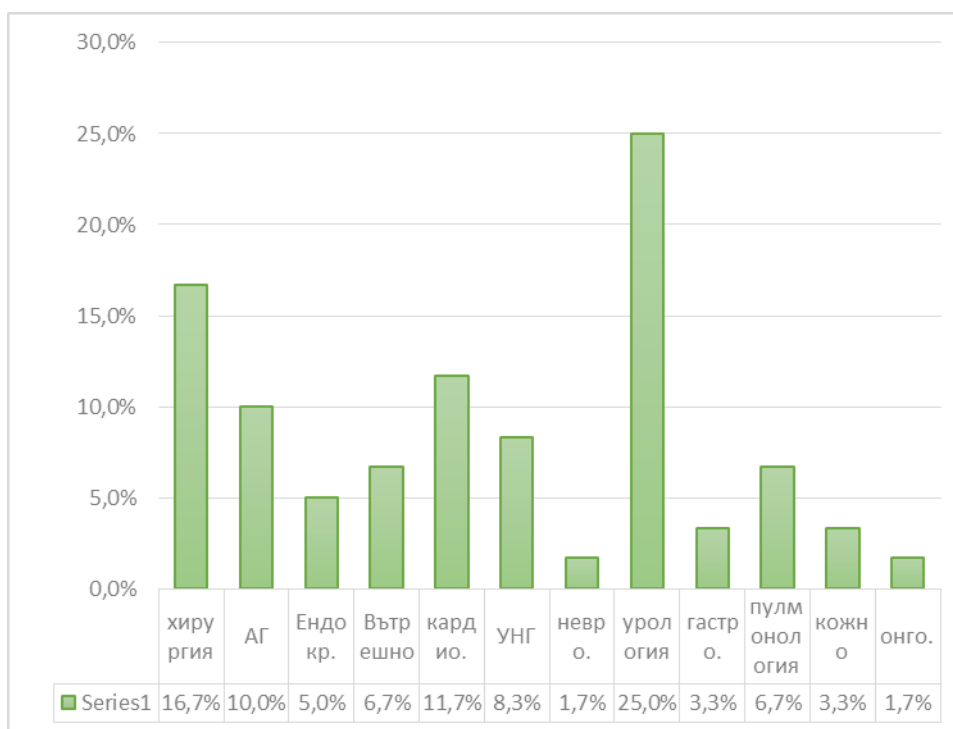
Половото разпределение на респонденетите е следното: 52% са жени и 48% мъже. (Фиг. 8)

Фиг. 8. Разпределение по пол на анкетираните пациенти.



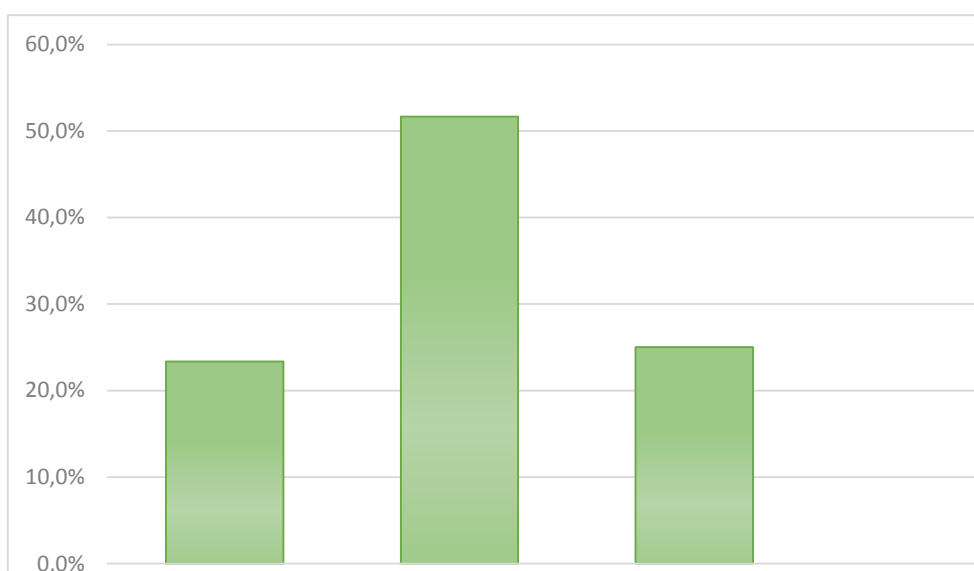
На фиг. 9. се вижда разпределението на лекуваните пациенти по отделения. То е както следва: 25% са били в урологията, 16.7% в хирургията, 11.7% в кардиологията, 10% в акушеро-гинекологичното отделение, 8.3% в УНГ, 6.7% във вътрешно отделение и пулмология, 5% в ендокринологията, по 3.3% в гастроентерологията и в дерматология и по 1.7% в неврологично и онкологично отделение.

Фиг. 9. Разпределение на лекуваните пациенти по отделения.



Основна цел на проучването е да се установи, доколко респондентите са удовлетворени от предлаганото обслужване в конкретната болница, къде те виждат възможност от подобряване на услугата и обслужването. На въпроса какво е цялостното впечатление за болницата, болшинството от анкетираните (51.7 %) отговарят, че е добро. 25 % са на мнение, че е приемливо и 23.3 % я намират за много добра. (фиг. 10)

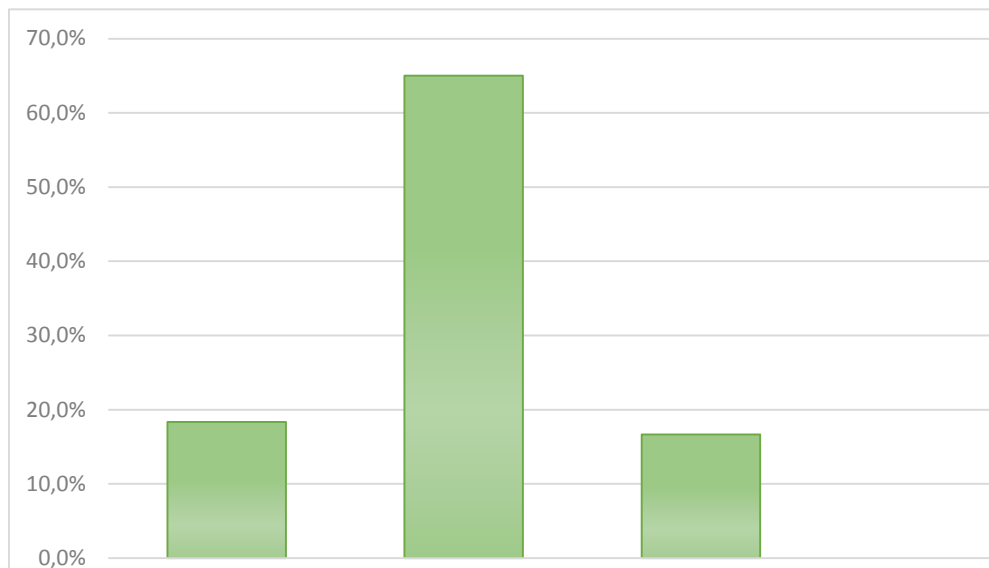
Фиг. 10. Цялостно впечатление за болницата.



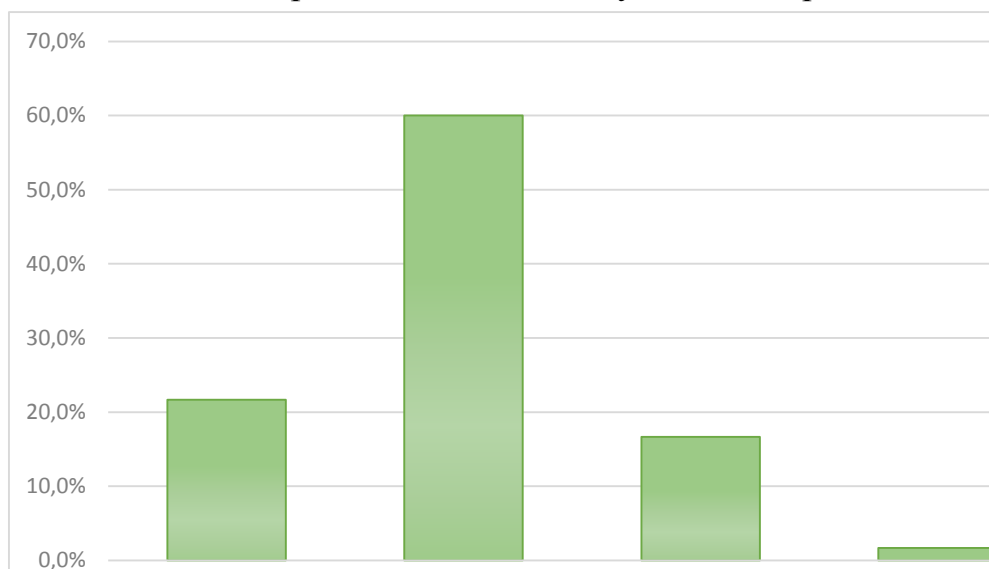
Следващите две фигури дават оценката на пациентите относно административния прием – дружелюбност и съдействие при попълване на документация за приемане. 65 % са били обслужени дружелюбно, 18.3 % - много дружелюбно, а 16.7 % - приемливо. От графиката става ясно, че няма анкетиранни пациенти, към които отношението да е било лошо (Фиг. 11). При оценката на

съдействието за попълване на документите за приемане и настаняване в болницата (Фиг. 12) има незначителни разлики в удовлетвореността, освен 1.7 %, които преценяват този критерий като лошо изпълнен.

Фиг. 11. Дружелюбност на служителите според пациентите.

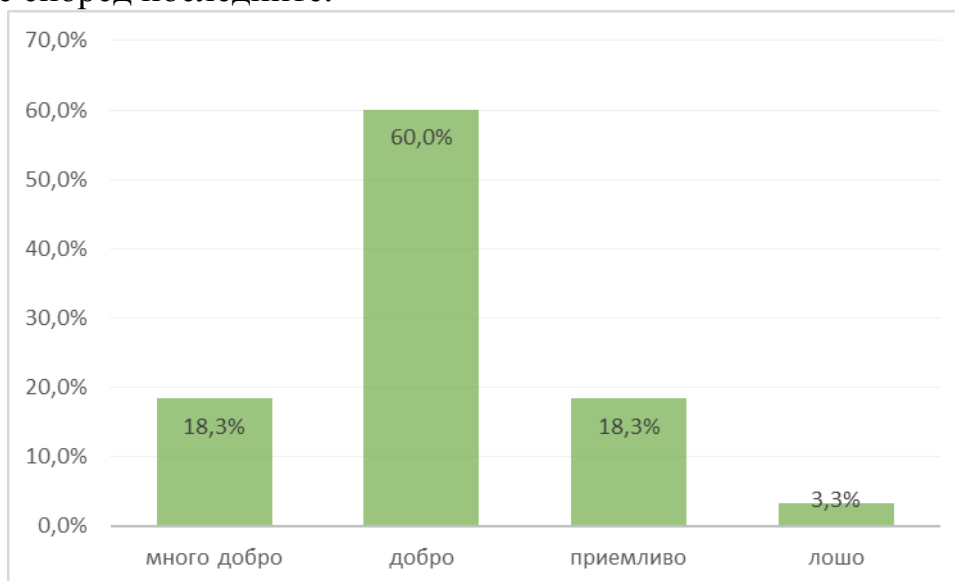


Фиг. 12. Съдействие при попълване на документи за прием в болницата.



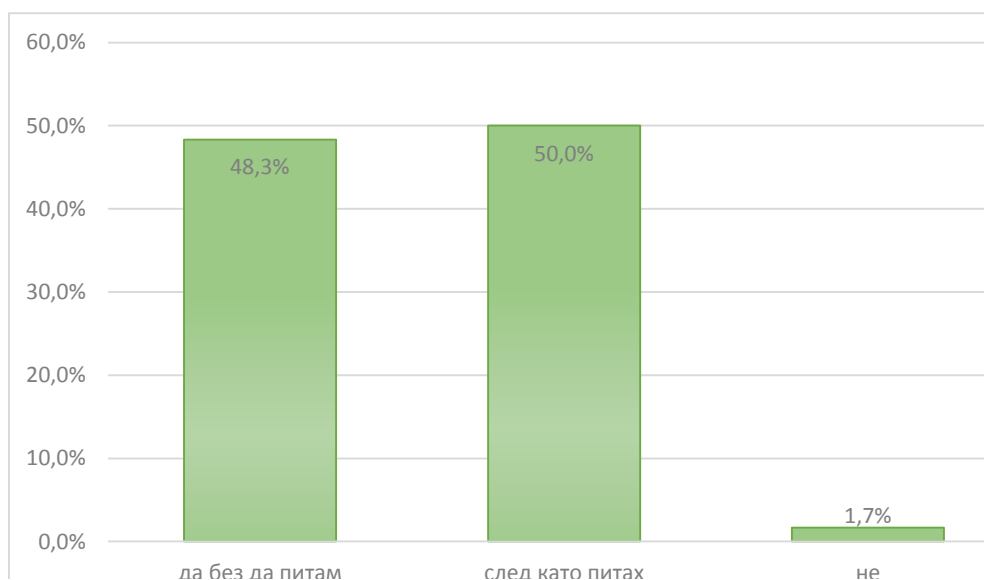
При запитване на пациентите да оценят показаното към тях уважение, 60% отговарят, че то е добро, докато 18,3% са много доволни, а други 18,3 % го оценяват като приемливо. Към 3,3% от пациентите е проявено лошо уважение. (Фиг. 13)

Фиг. 13. Оценка на показаното уважение на медицинските специалисти към пациентите според последните.



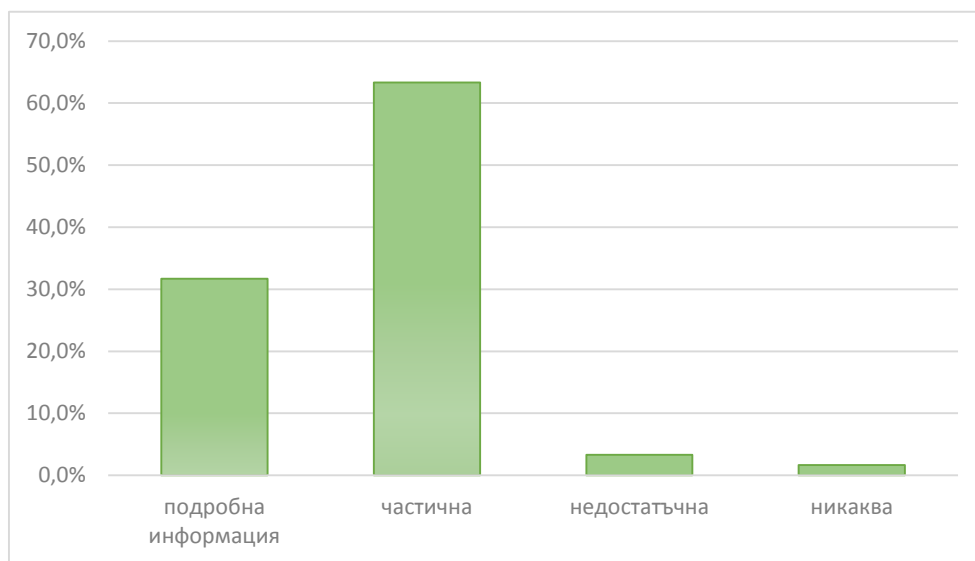
Един от най-важните критерий за удовлетвореност на пациентите е получаването на предварителна информация относно заболяването, степента на развитие и последващи манипулации и интервенции. На въпроса дали лекуващият лекар е информирал пацинета за вида на заболяването, 50% отговарят „след като попитах“, 48,3% са получили такава информация без да питат изрично и 1,7% не са били информирани. (Фиг. 14)

Фиг. 14. Начин на получаване на информация от лекуващия лекар за вида на заболяването.



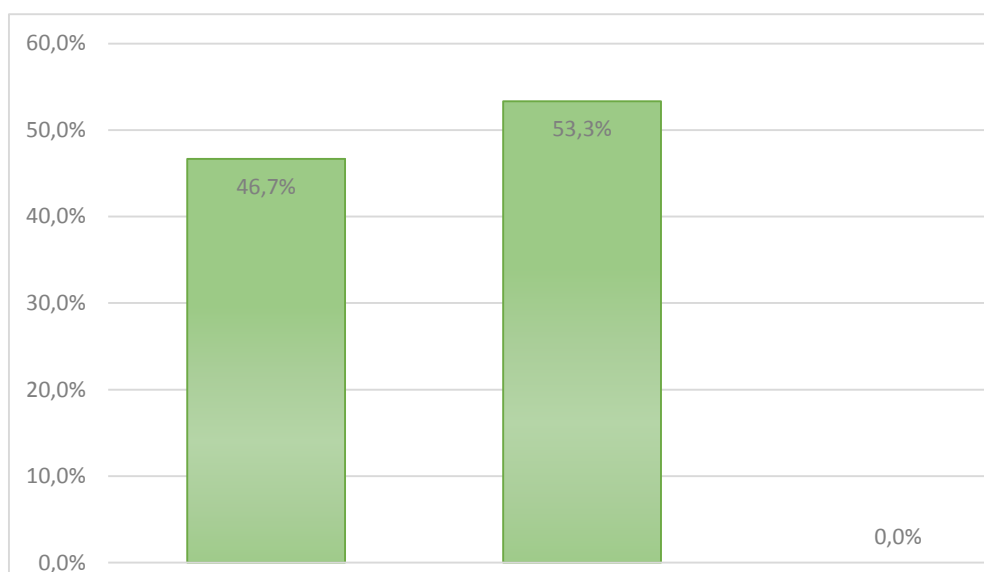
По отношение на информацията, получена от пациентите за заболяването им от лекуващите лекари, 63.3% отговарят, че това е било частична информация. 31.7% са получили пълна и подробна информация, а 3.3% - недостатъчна. 1.7% нямат никаква информация за заболяването си.

Фиг. 15. Предоставяне информация за вида на заболяването от лекуващия лекар.



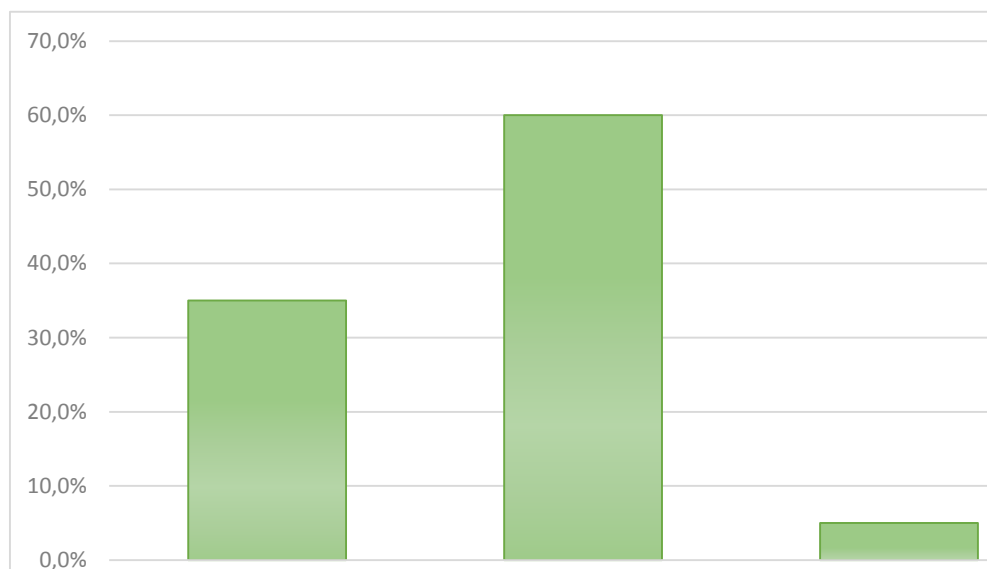
От следващата фигура става ясно, че повече от половината респонденти (53,3%) са получили информация за предстоящите им изследвания след като са попитали. Едва 46,7% са били осведомени за това. (Фиг. 16)

Фиг. 16. Обяснение от лекуващия лекар за нуждата и вида на изследванията.



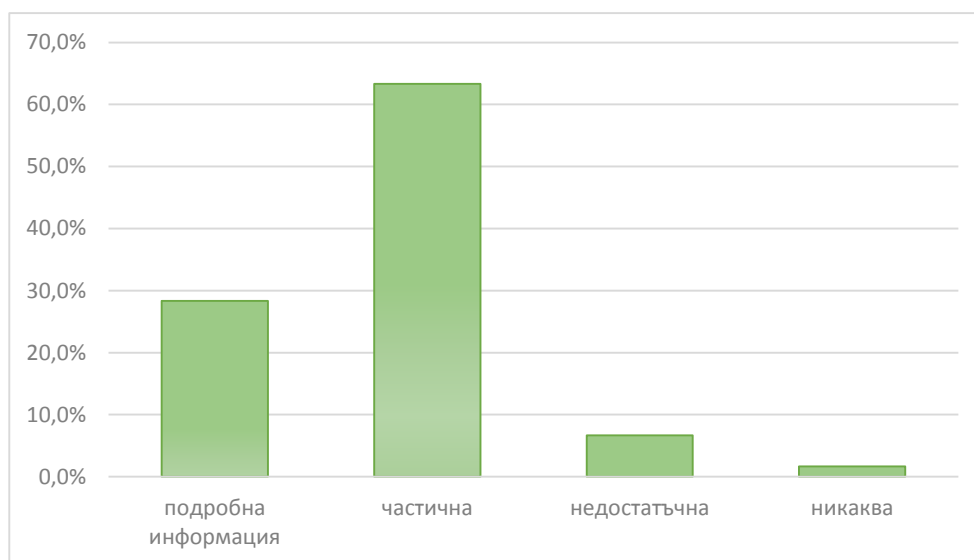
Фигура 17 предоставя данни за липсата на обяснение от лекуващия лекар относно рисковете на лечението и възможните алтернативи. 60% от пациентите заявяват получаване на такъв вид информация след изрично запитване от тяхна страна. Други 35% са били информирани без да питат лекаря си и едва 5% от респондентите не са били информирани за рисковете и лечението.

Фиг. 17. Информация от лекуващия лекар относно рисковете и възможните алтернативи за лечение.



На следващата фигура отново имаме преобладаващ дял на пациентите, получили частична информация относно процеса на провеждане на лечението. 63.3% са били частично осведомени, 28.3% са имали пълна и подробна информация, други 6.7% са получили недостатъчна информация и 1.7% от пациентите са нямали никакво сведение.

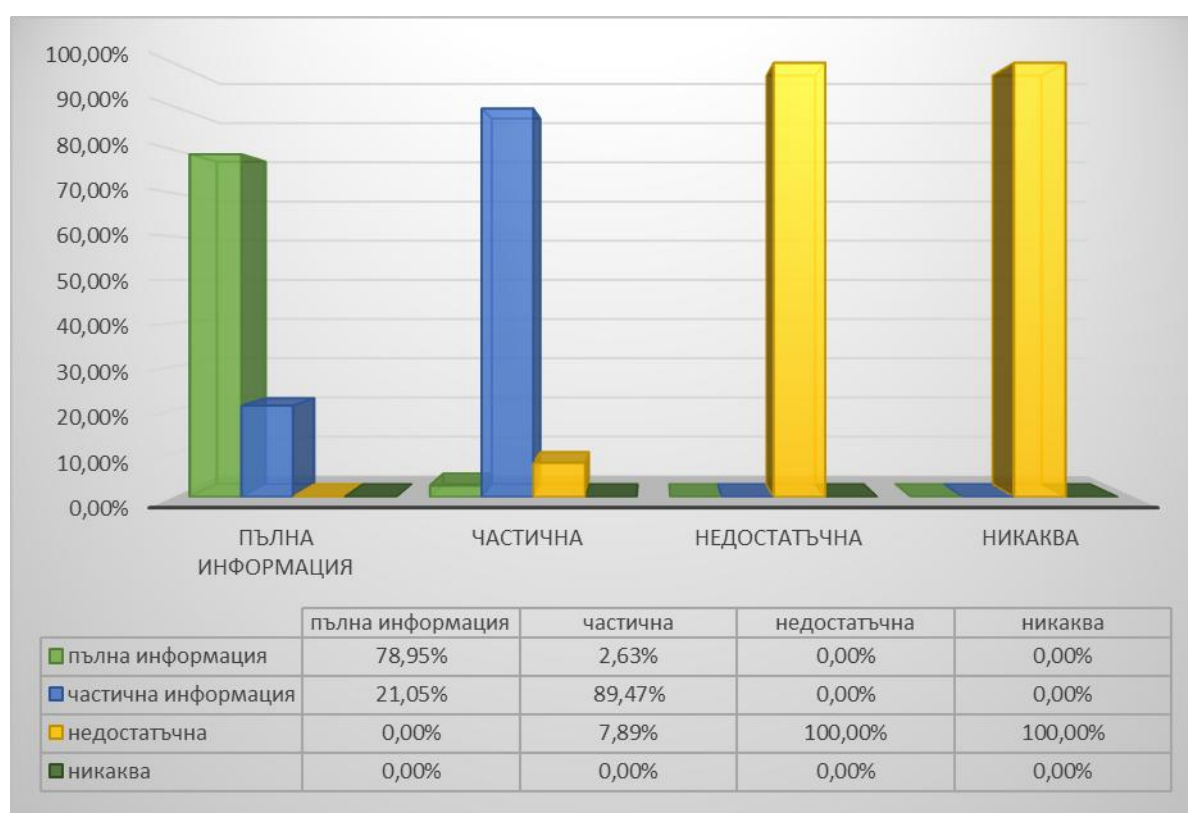
Фиг. 18. Получаване на подробна информация за процеса на провеждане на лечението.



Колкото се отнася до въпросите дали пациентите са получили подробна информация за заболяването си и дали са били информирани за крайните резултати за процеса на провеждане на лечението, резултатите са на фиг. 19: 78.95% от пациентите, получили информация за заболяването им, са били информирани за крайните резултати и за процеса на провеждане на лечението, останалите 21.05% са били частично информирани. 89.47% от пациентите, които

са имали частична информация за заболяването им, са получили и частична информация за процеса на провеждане на лечението, 7.89% са имали недостатъчна информация и едва 2.63% са имали пълна информация. 100% от пациентите, които не са получили достатъчна информация за заболяването си съответно са имали и недостатъчна информация за процеса на провеждане на лечението. 100% от пациентите, които нямали никаква информация за заболяването им, също така са нямали информация и за процеса на провеждане на лечението.

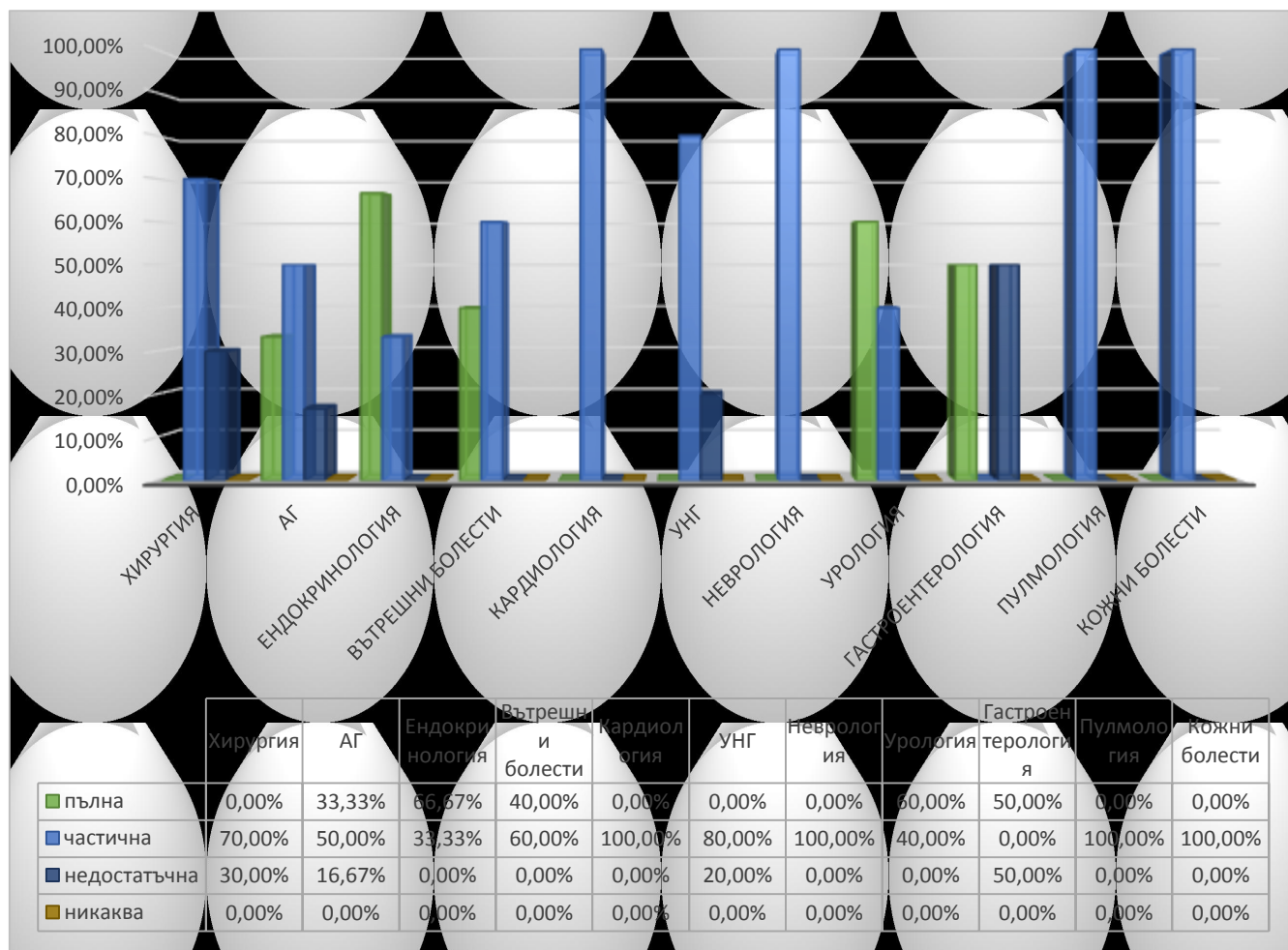
Фиг. 19. Съпоставка на получаване на подробна информация за заболяването и информация за крайните резултати за процеса на провеждане на лечението.



Информацията за крайните резултати от лечебния процес е протичала по следния начин в различните отделения (Фиг. 20). 100% от пациентите на кардиологията, неврологията, пулмологията и на кожното отделение са получили частична информация за крайните резултати от лечебния процес. 70% от пациентите на хирургията са получили частична информация и 30% недостатъчна. 50% от пациентите на АГ клиниката са имали частична информация, 33.33% пълна и 16.67% недостатъчна. 66.67% от пациентите на ендокринологията са имали пълна информация и 33.33% частична информация. 80% от пациентите на УНГ са получили частична информация и 20% недостатъчна. 60% от пациентите на вътрешно отделение са разполагали с частична информация и 40% с пълна информация. 60% от пациентите на

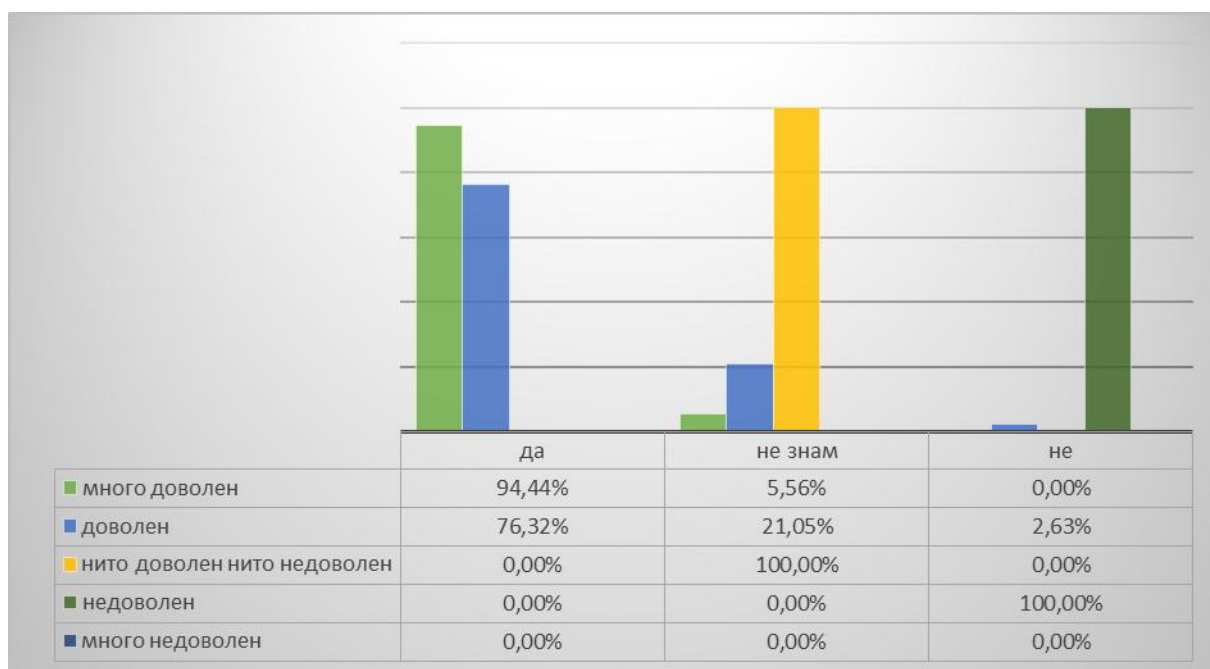
урологията са получили пълна информация за процеса на провеждане на лечението и 40% частична. Една втора от пациентите на гастроентерологията са имали пълна информация и една втора са имали недостатъчна.

Фиг. 20. Получена информация за крайните резултати от лечебния процес сред пациентите по отделения.



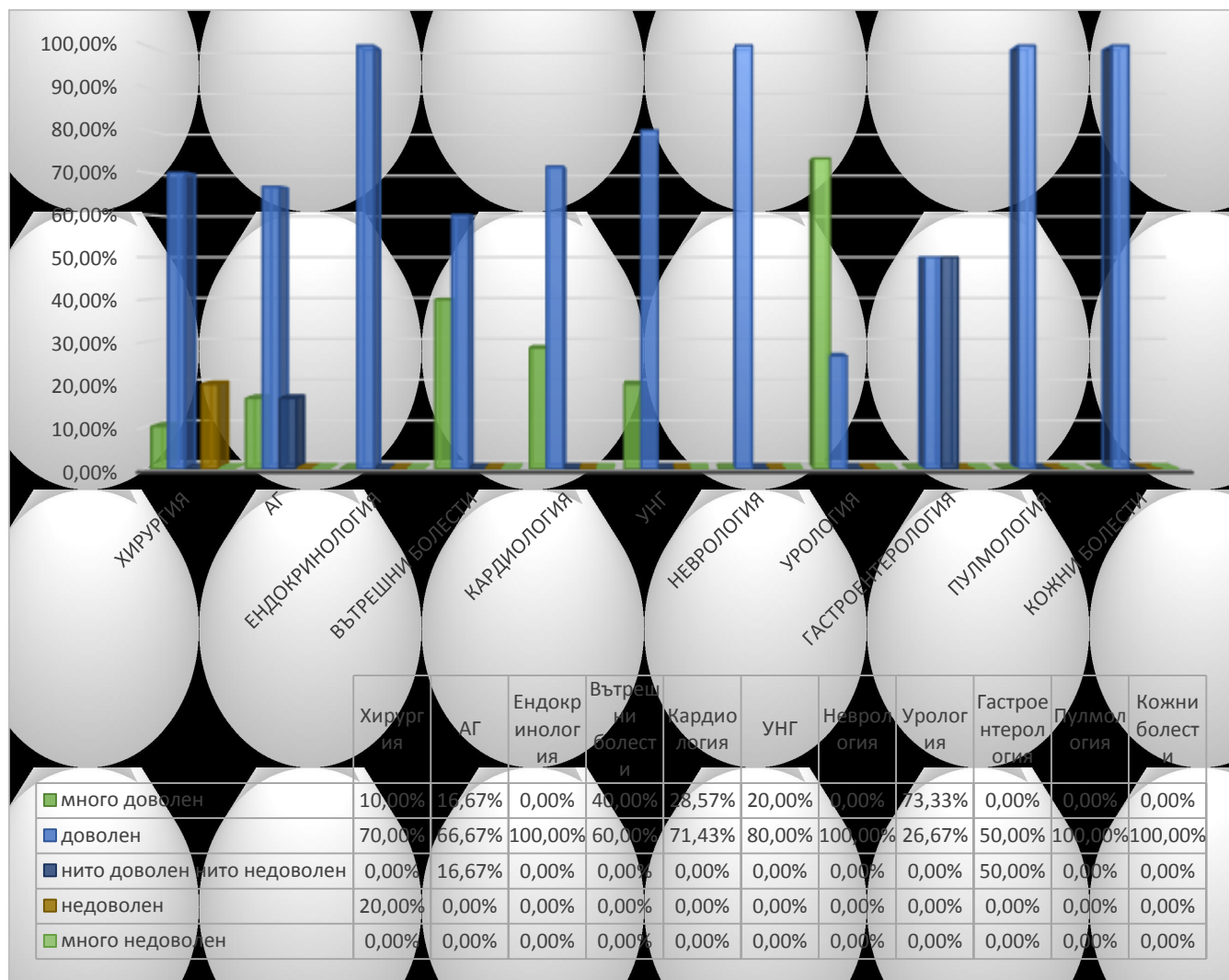
Сравнението на удовлетвореността на пациентите от лекарския екип и готовността за препоръка на отделението на техни близки и познати е абсолютно ясна и резултатите са красноречиви (Фиг. 21). 94.44% от пациентите, които са много доволни от лекарския екип, биха препоръчали болницата на техни близки, докато 5.56% не могат да дадат отговор. 76.32% от пациентите, които са доволни от лекарския екип, биха препоръчали болницата на тяхни близки, 21.05% не знаят и 2.63% не биха я препоръчали. 100% от пациентите, които са нито доволни, нито недоволни от лекарския екип, не знаят дали биха препоръчали болницата. 100% от пациентите, които са недоволни от лекарския екип, не биха препоръчали болницата.

Фиг. 21. Сравнение на удовлетвореността от лекарския екип и готовността за препоръка на отделението.



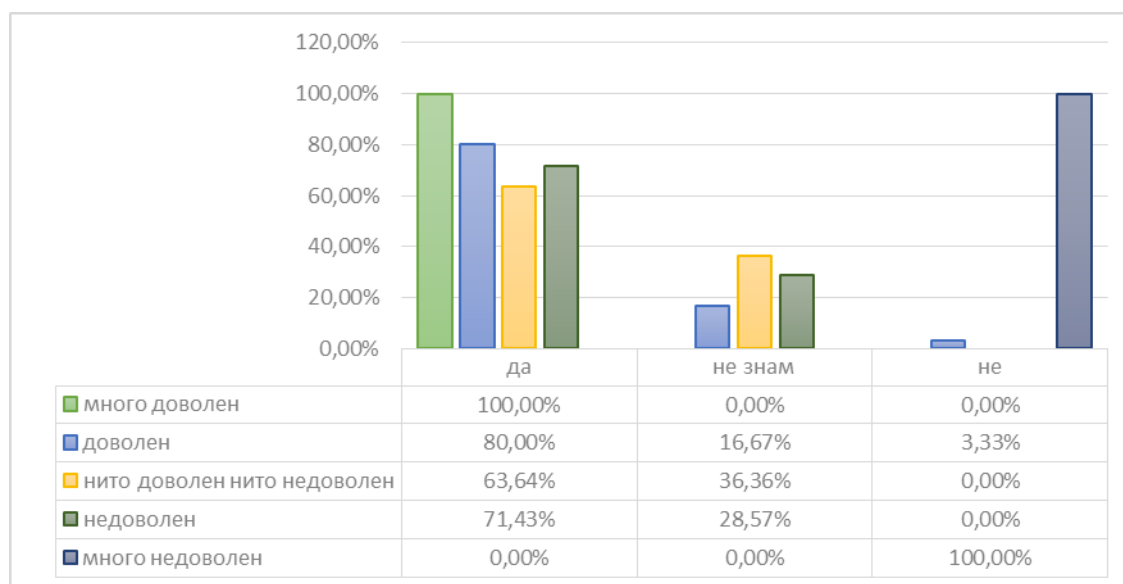
Резултатите от съпоставянето на мнението на пациентите удовлетвореността от лекарския екип по отделения е на фиг. 22. 100% от пациентите на ендокринологията, на кардиологията, на неврологията, на пулмологията и на кожното отделение са доволни от лекарския екип. 70% от пациентите на хирургията са доволни, 20% са недоволните и 10% са много доволни. 66.67% от пациентите на АГ клиниката са доволни, 16.67% са много доволни и 16.67% са нито доволни, нито недоволни. 60% от пациентите на вътрешното отделение са доволни и 40% са много доволни. 71.43% от пациентите на кардиологията са доволни от лекарския екип и 28.57% са много доволни. 80% от пациентите на УНГ клиниката са доволни и 20% са много доволни. 73.33% от пациентите в урологията са много доволни от лекарския екип и 26.67% са доволните. Една втора от пациентите на кожното отделение са доволни и една втора са нито доволни, нито недоволни от лекарския екип.

Фиг. 22. Съпоставка на мнението на пациентите относно удовлетвореността от лекарския екип по отделения.



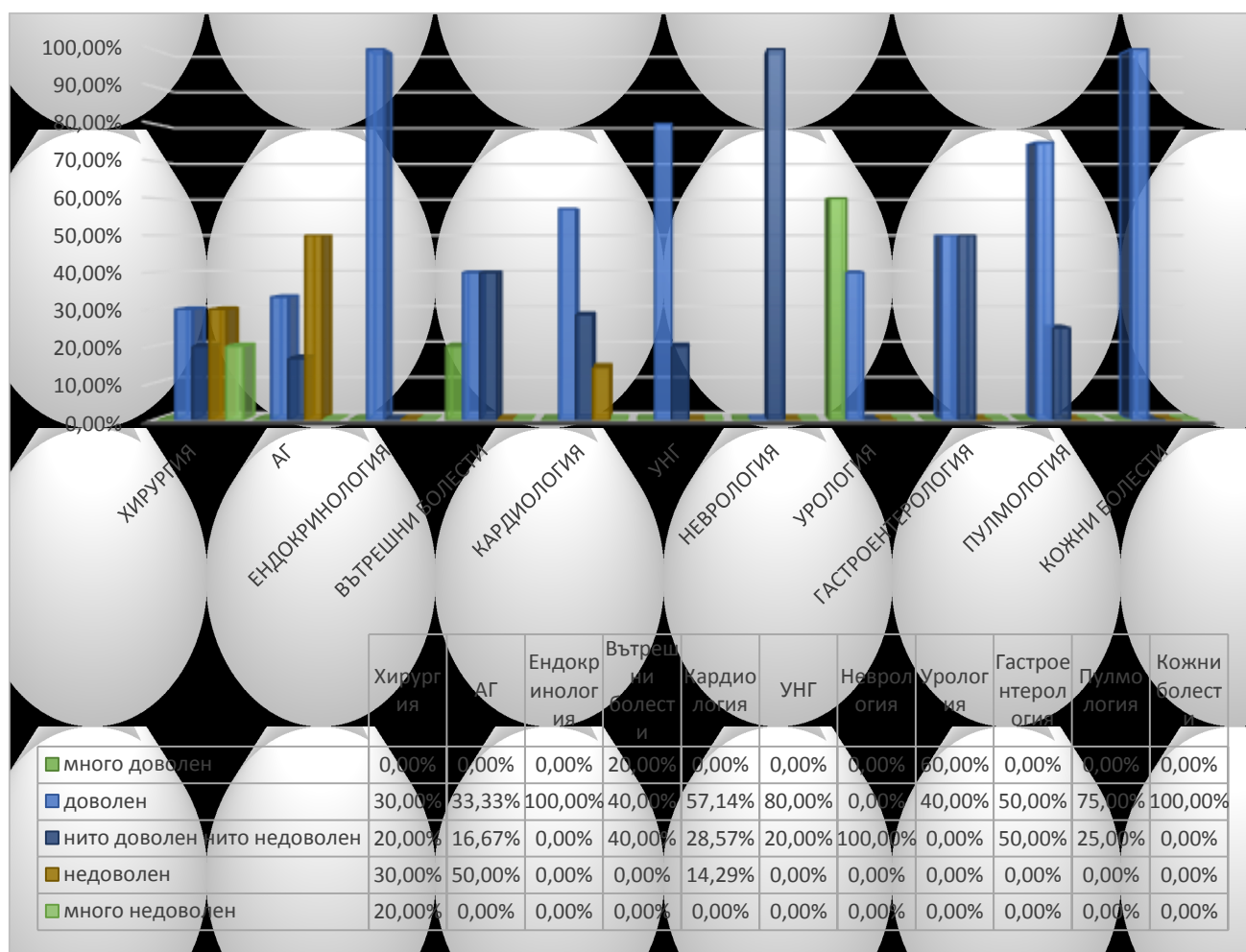
Съпоставката на заявената удовлетвореност на пациентите от сестринския екип и готовността за препоръка на отделението на техни близки и познати е също толкова ясна и красноречива, както и при фиг. 22. 100% от пациентите, които са много доволни от сестринския персонал, биха препоръчали болницата. 80% от пациентите, които са доволни от сестринския персонал, биха препоръчали болницата, 16.67% не знаят и едва 3.33% не биха я препоръчали. 63.64% от пациентите, които са нито доволни, нито недоволни, биха препоръчали болницата, останалите 36.36% не знаят. 71.43% от пациентите, които са недоволни от сестринския персонал, биха препоръчали болницата, другите 28.57% не знаят. 100% от пациентите, които са много недоволни от сестринския екип, не биха препоръчали болницата.

Фиг. 23. Сравнение на удовлетвореността от сестринския екип и готовността за препоръка на отделението.



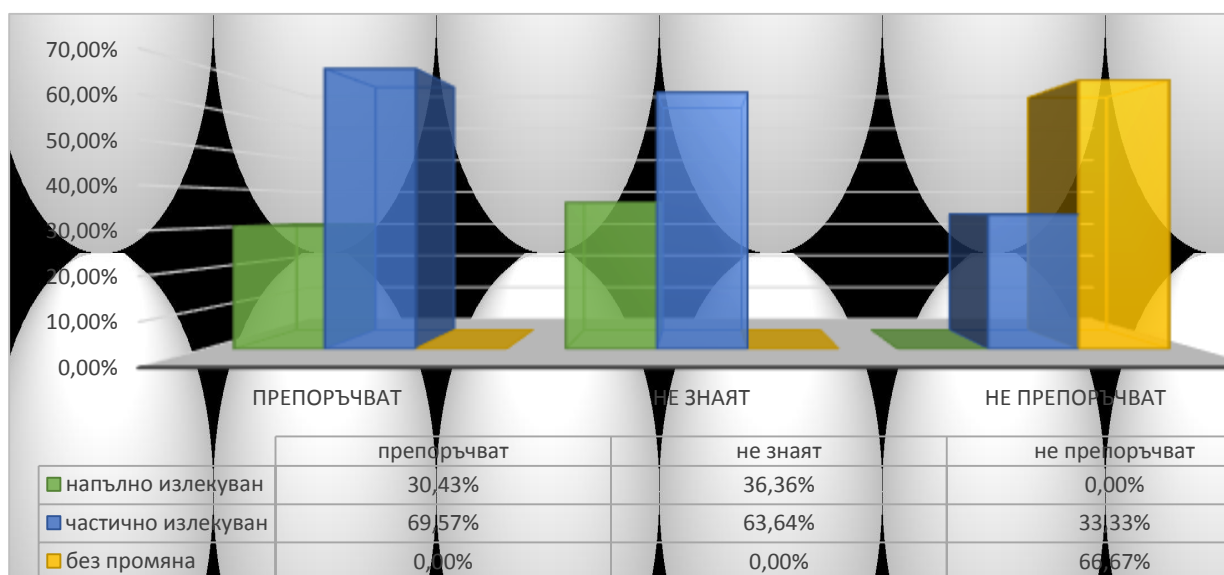
Стойностите от резултатите в проучването на мнението на пациентите от всяко отделение за удовлетвореността от сестринския екип са представени тук (Фиг. 24). 100% от пациентите на ендокринологията и на кожното отделение са доволни от сестринския персонал. 30% от пациентите на хирургията са доволни, 30% са недоволни, 20% са нито доволни, нито недоволни и 20% много недоволни. 50% от пациентите на АГ клиниката са недоволни от сестринския екип, 33.33% са доволни и 16.67% са нито доволни, нито недоволни. 40% от пациентите на вътрешно отделение са доволни, 40% са нито доволни, нито недоволни и една 20% са много доволни. 57.14% от пациентите на кардиологията са доволни, 28.57% са нито доволни, нито недоволни и 14.29% са недоволни. 80% от пациентите на УНГ клиниката са доволни, докато 20% не могат да преценят. 60% от пациентите на урологията са много доволни от сестринския екип и 40% са доволни. Една втора от пациентите на гастроендерологията са доволни, докато другата една втора са нито доволни, нито недоволни. 75% от пациентите на пулмологията са доволни и 25% са нито доволни, нито недоволни.

Фиг. 24. Мнение на пациентите за удовлетвореността от сестринския персонал по отделения.



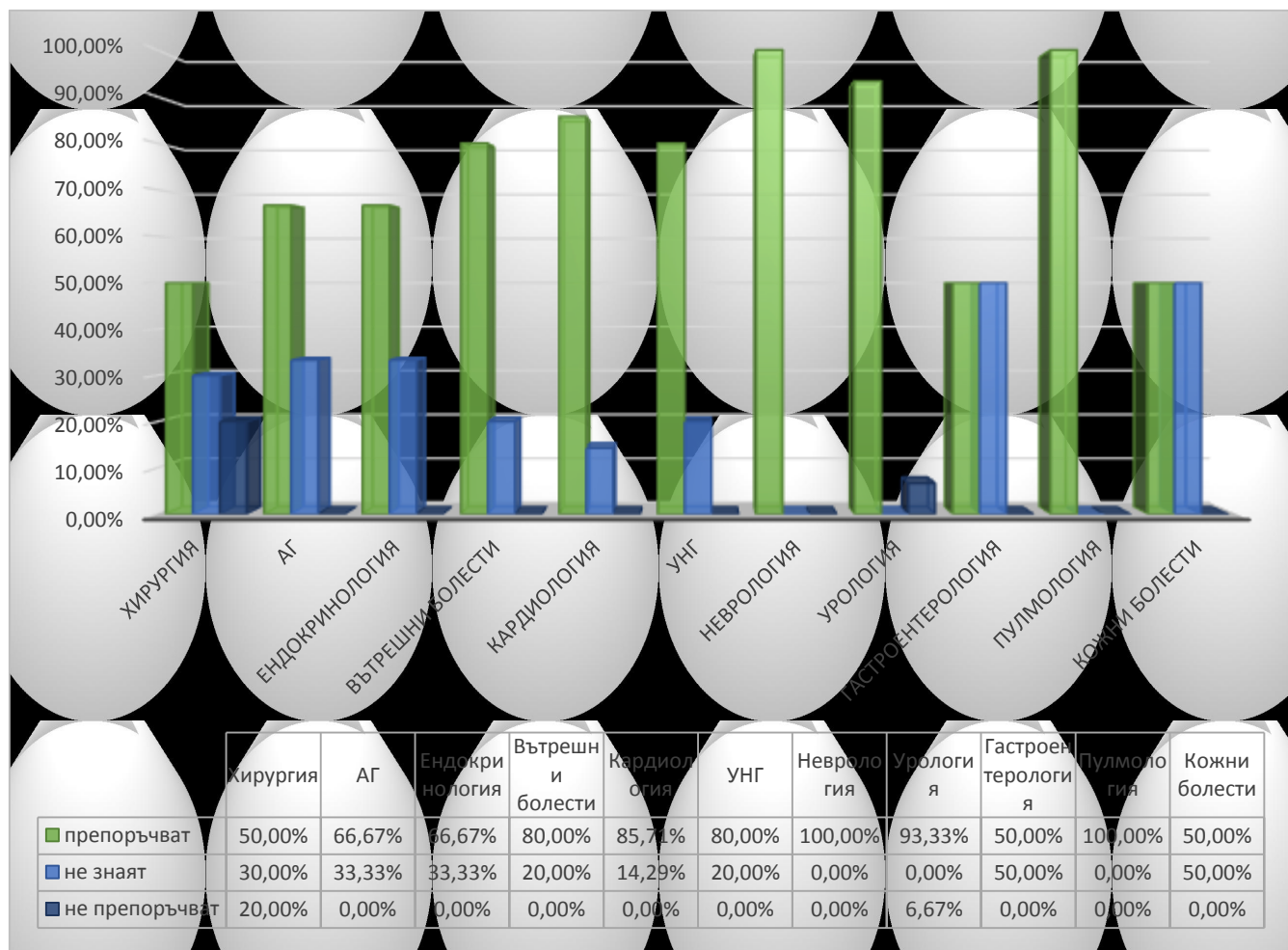
Съпоставката за процентното съотношение на пациентите, които преценяват състоянието си след болничното лечение и готовността за препоръка на болницата са показани на следващата фигура. 69.57% от пациентите, които се смятат за частично излекувани, биха препоръчали болницата. 30.43%, които смятат, че са напълно излекувани, също биха препоръчали лечебното заведение. 63.64% от пациентите, които се смятат за частично излекувани, не могат да дадат категоричен отговор за готовността за последваща препоръка. 36.36%, смятащи се за напълно излекувани, също. 66.67% от пациентите, които намират състоянието си непроменено, не биха препоръчали болницата, както и 33.33%, които се смятат за частично излекувани.

Фиг. 25. Съпоставка на мнението на пациентите за готовността за препоръка на болницата в следствие степен на излекуване след болничното лечение.



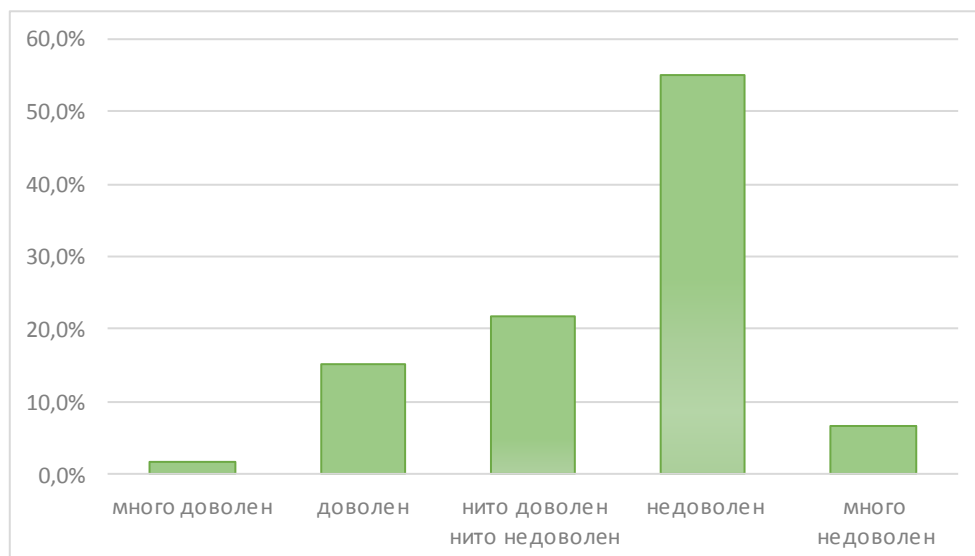
Мнението на пациентите на всяко отделение дали биха препоръчали болницата е представено на фиг. 26: 100% от пациентите на неврологията и на пулмологията биха препоръчали болницата. Една втора от пациентите на хирургията, на гастроентерологията и на кожното отделение също биха препоръчали болницата. 66.67% от пациентите на АГ клиниката и на ендокринологията биха препоръчали болницата. 80% от пациентите на вътрешното отделение изявяват готовност да препоръчат болницата, 85.71% от пациентите на кардиологията, 80% от УНГ клиниката, и 93.33% от урологията също така биха препоръчали болницата. Една втора от пациентите на гастроентерологията и кожно отделение не знаят дали биха препоръчали болницата. Също така и 33.33% от пациентите на АГ клиниката и ендокринологията, 30% от пациентите на хирургията, 20% от пациентите на вътрешното и на УНГ и 14.29% от пациентите на кардиологията не знаят дали биха препоръчали болницата. Тези, които не биха препоръчали болницата, са 20% от пациентите на хирургията и 6.67% от пациентите на урологията

Фиг. 26. Готовност на пациентите за препоръка на болницата на други по отделения.



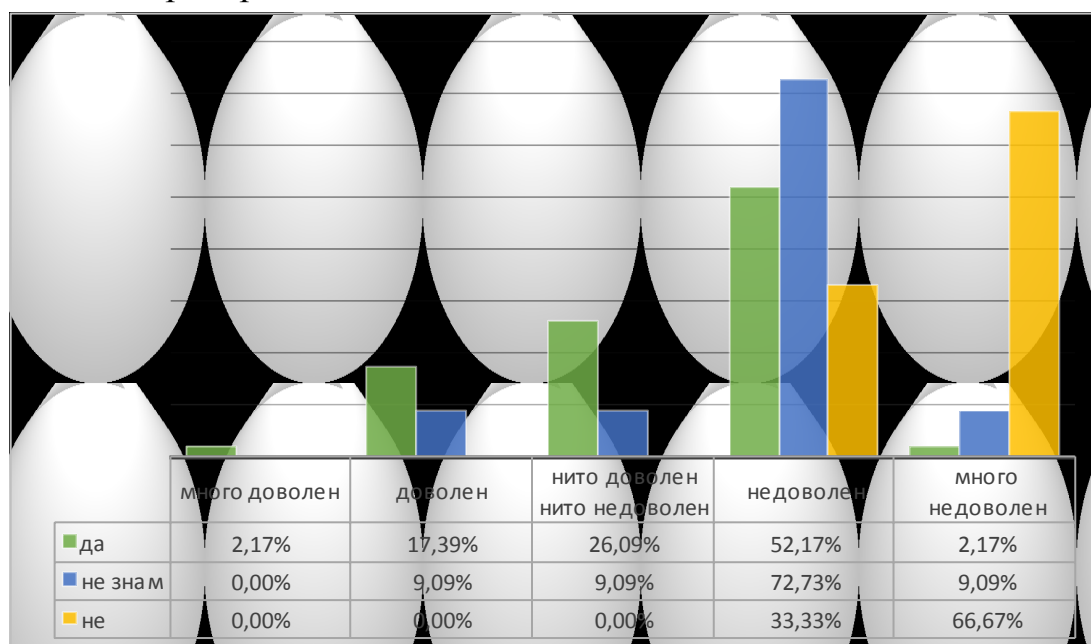
Удовлетвореността на пациентите не се повлиява единствено и само от качеството на обслужване от медицинския персонал. Към този субективен критерий поставяме и количеството и качеството на храната, която пациентите получават по време на лечението си в болничното заведение. Резултатите на въпроса за количеството храна по време на продължителността на лечение са представени на фиг. 27. 55% от пациентите са недоволни от предоставеното им количество, 21.7% са нито доволни, нито недоволни, 15% са доволни, 6.7% са много недоволни и едва 1.7% са много доволни.

Фиг. 27. Удовлетвореност от количеството храна по време на продължителността на лечение.



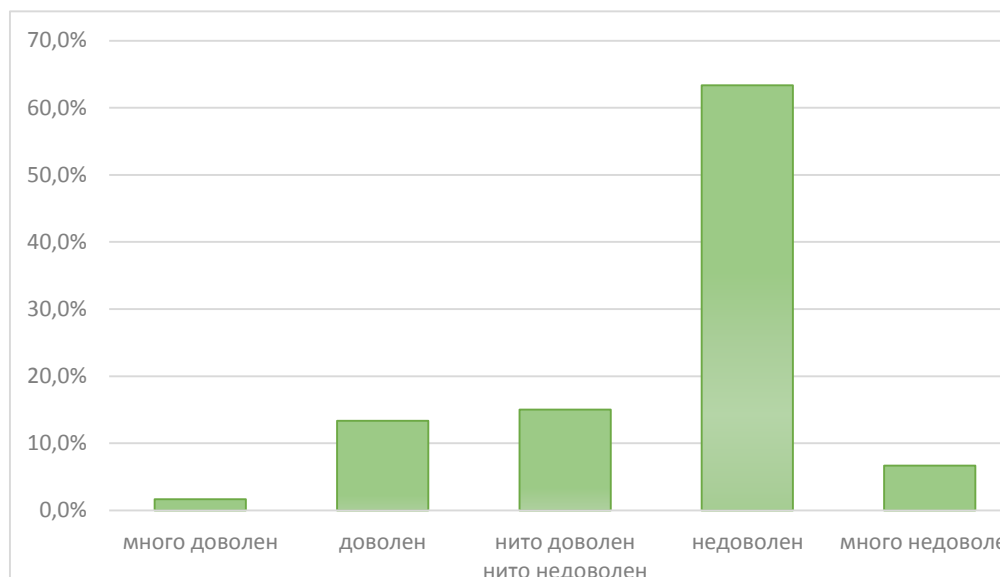
Сравнението на удовлетвореността от количеството храна по време на престоя и готовността за препоръка на болницата се вижда на фиг. 28. 52.17% от пациентите, които биха препоръчали болницата, са недоволни от количеството храна, 26.09% са нито доволни, нито недоволни, 17.39% са доволни, 2.17% са много доволни и много недоволни. 72.73% от пациентите, които не знаят дали биха препоръчали болницата, са недоволни от количеството храна, 9.09% са нито доволни, нито недоволни, 9.09% са доволни и 9.09% са много недоволни. 66.67% от пациентите, които не биха препоръчали болницата, са много недоволни от храната, 33.33% са недоволни.

Фиг. 28. Сравнение на удовлетвореността от количеството храна и готовността за препоръка на отделението.



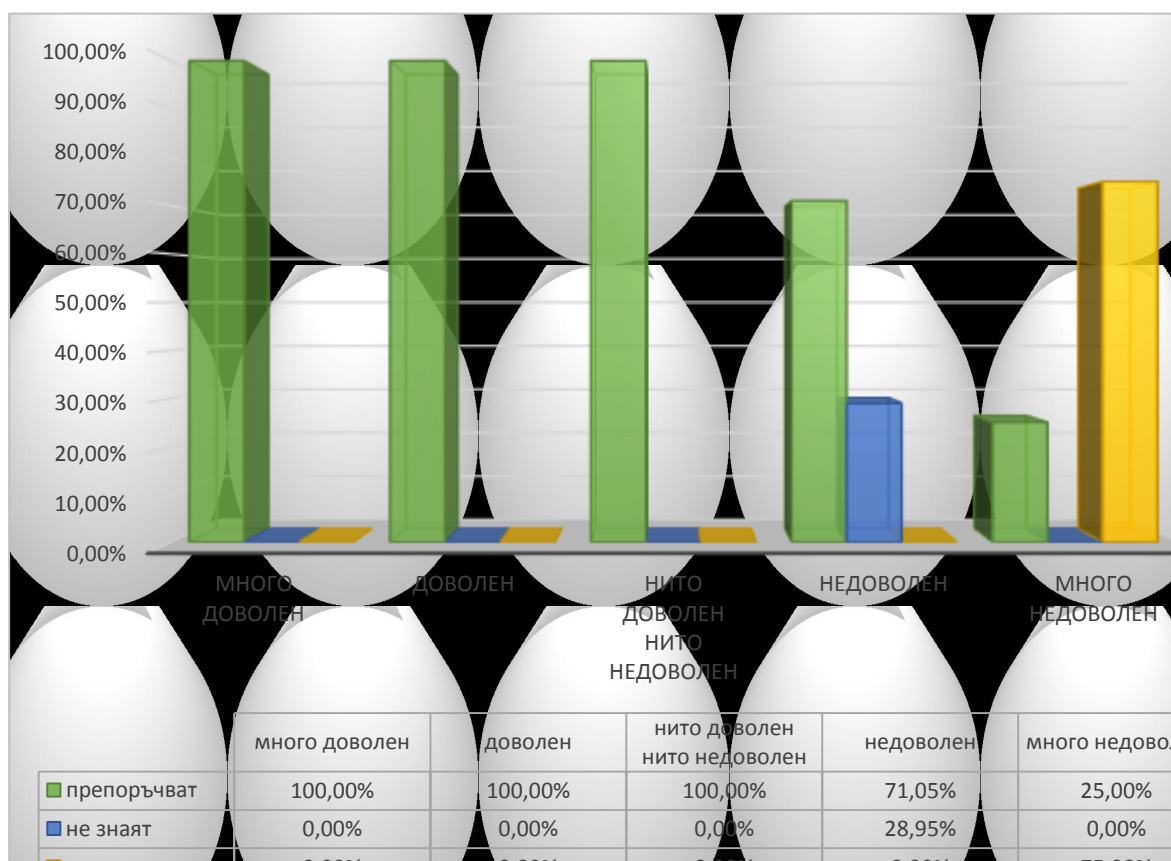
Относно това, дали пациентите са доволни от качеството на храната по време на продължителността на лечение, 63.3% от пациентите са недоволни, 15% са нито доволни, нито недоволни, 13.3% са доволни и 6.7% са много недоволни.

Фиг.29. Удовлетвореност от качеството на храната по време на продължителността на лечение.



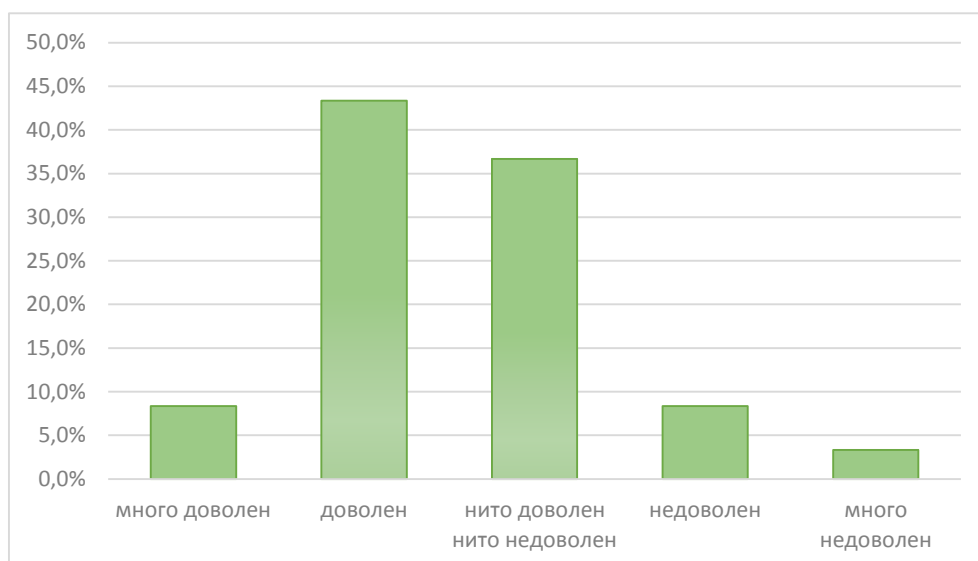
На фиг. 30 е показано сравнението на удовлетвореността на пациентите от качеството на храната по време на престоя си в болницата и готовността за препоръката ѝ: 100% от пациентите, които са много доволни от качеството на храна, биха препоръчали болницата. 100% от пациентите, които са доволни от качеството на храната, също биха препоръчали болницата. 100% от пациентите, които са нито доволни, нито недоволни от качеството на храната, също биха препоръчали болницата. 71.05% от пациентите, които са недоволни от качеството на храната, биха препоръчали болницата, останалите 28.95% не знаят. 75% от много недоволните от качеството на храната пациенти не биха препоръчали болницата, другите 25% биха я препоръчали.

Фиг. 30. Сравнение на удовлетвореността от качеството на храната и готовността за препоръка на болницата.



От гледна точка на хигиената в болницата, 43.3% от пациентите са доволни, 36.7% са нищо доволни, нищо недоволни, 8.3% са много доволни и недоволни и 3.3% са много недоволни.

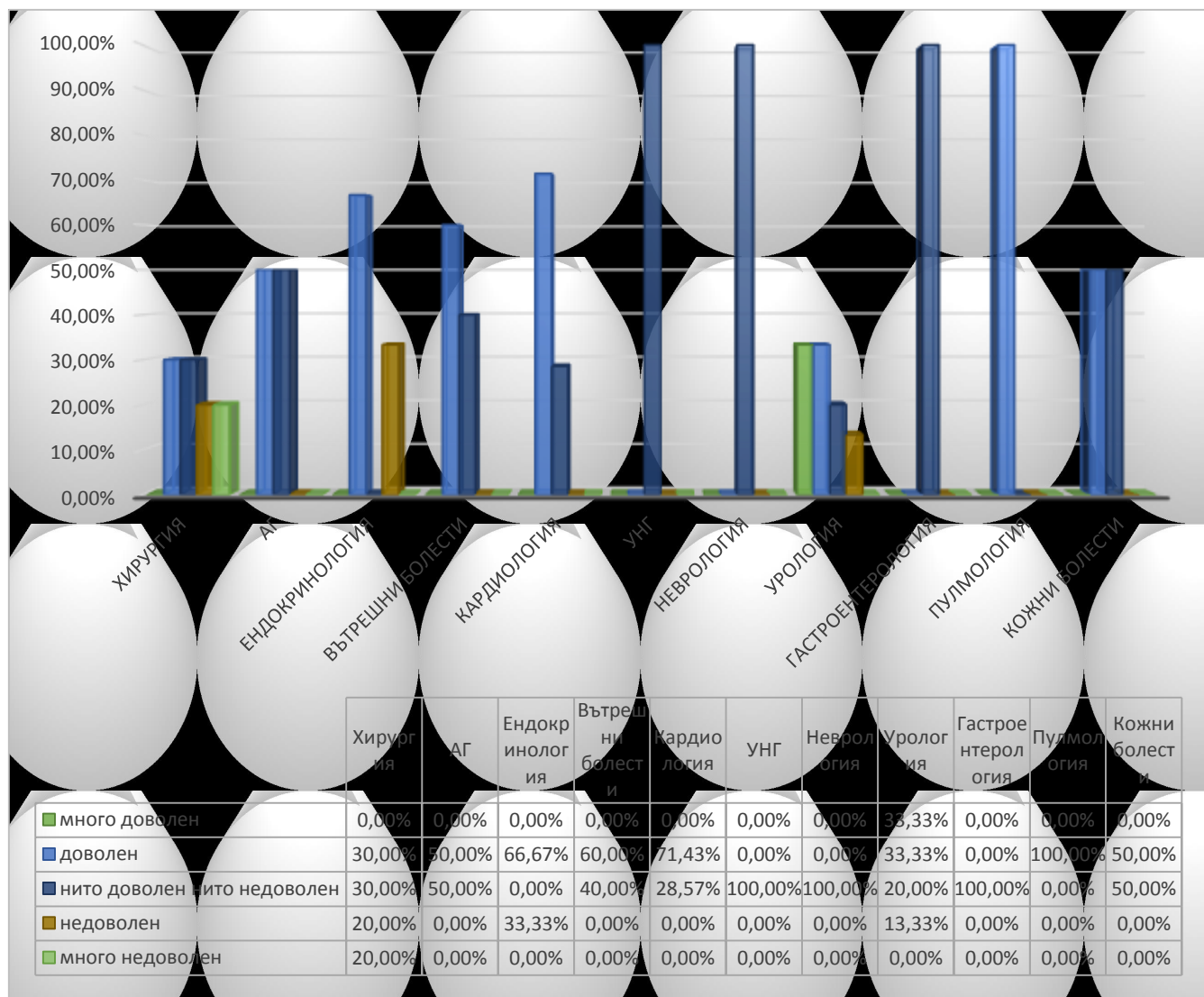
Фиг. 31. Удовлетвореност от хигиената в болницата.



Резултатите на удовлетвореността от хигиената в болницата става по конкретна при изясняване на мнението на пациентите по отделения. 100% от

пациентите на УНГ, на неврологията и на гастроентерологията са нито доволни, нито недоволни. 100% от пациентите на пулмологията са доволни от хигиената. Една втора от пациентите на АГ клиниката и на кожно отделение са доволни, другата една втора са нито доволни, нито недоволни. 30% от пациентите на хирургията са доволни, 30% са нито доволни, нито недоволни, 20% са недоволни и 20% са много недоволни от хигиената. 66.67% от пациентите в ендокринологията са доволни, другите 33.33% са недоволни. 60% от пациентите на вътрешното отделение са доволни от хигиената и 40% са нито доволни, нито недоволни. 71.43% от пациентите на кардиологията са доволни, останалите 28.57% са нито доволни, нито недоволни. Една трета от пациентите в урологията са много доволни, друга една трета са доволни, 20% са нито доволни, нито недоволни и 13.33% са недоволни от хигиената в болницата. Една втора от пациентите на кожното отделение са доволни и една втора не могат да преценят.

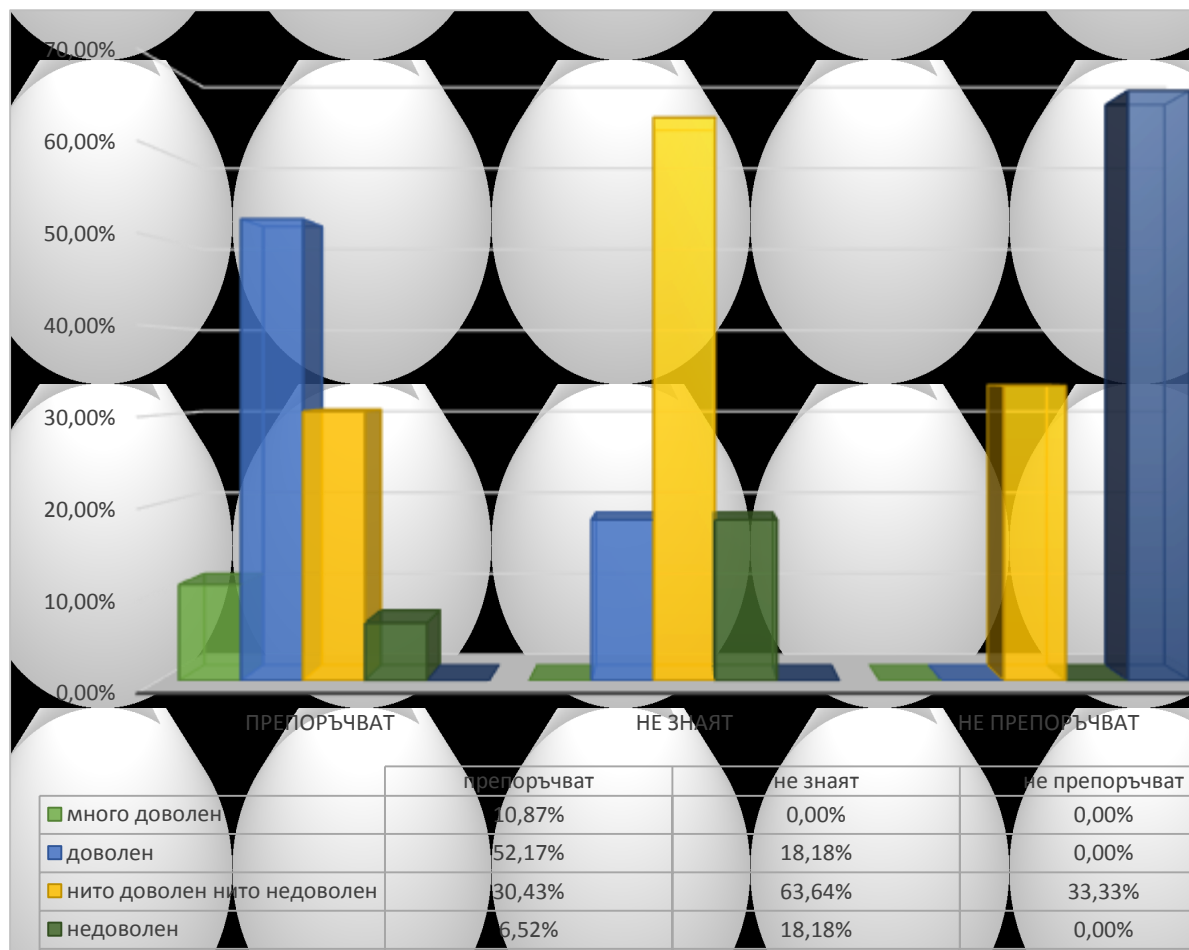
Фиг. 32. Удовлетвореност на пациентите от хигиената в отделенията.



Проучването отива по-далеч и проверява удовлетвореността от хигиената и връзката с готовността за последваща препоръка. От пациентите, които биха препоръчали болницата, 52.17% са доволни от хигиената, 30.43% са нито доволни, нито недоволни, 10.87% са много доволни и 6.52% са недоволни. От пациентите, които не знаят дали биха препоръчали болницата, 63.64% са нито

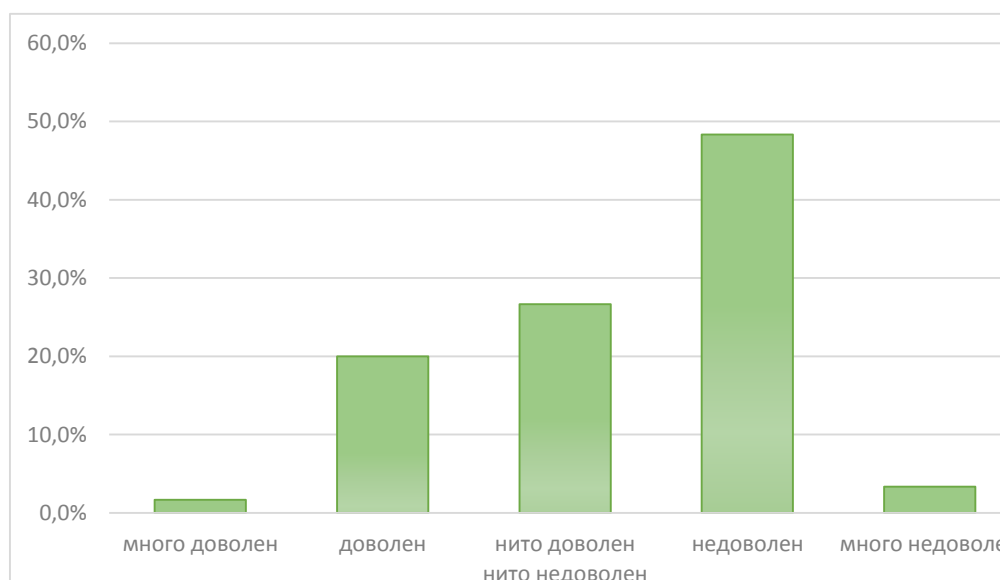
доволни, нито недоволни, 18.18% са доволни и 18.18% са недоволни. От пациентите, които не биха препоръчали болницата, 66.67% са много недоволни и 33.33% са нито доволни, нито недоволни.

Фиг. 33. Сравнение на удовлетвореността от хигиената в болницата и готовността за препоръка.



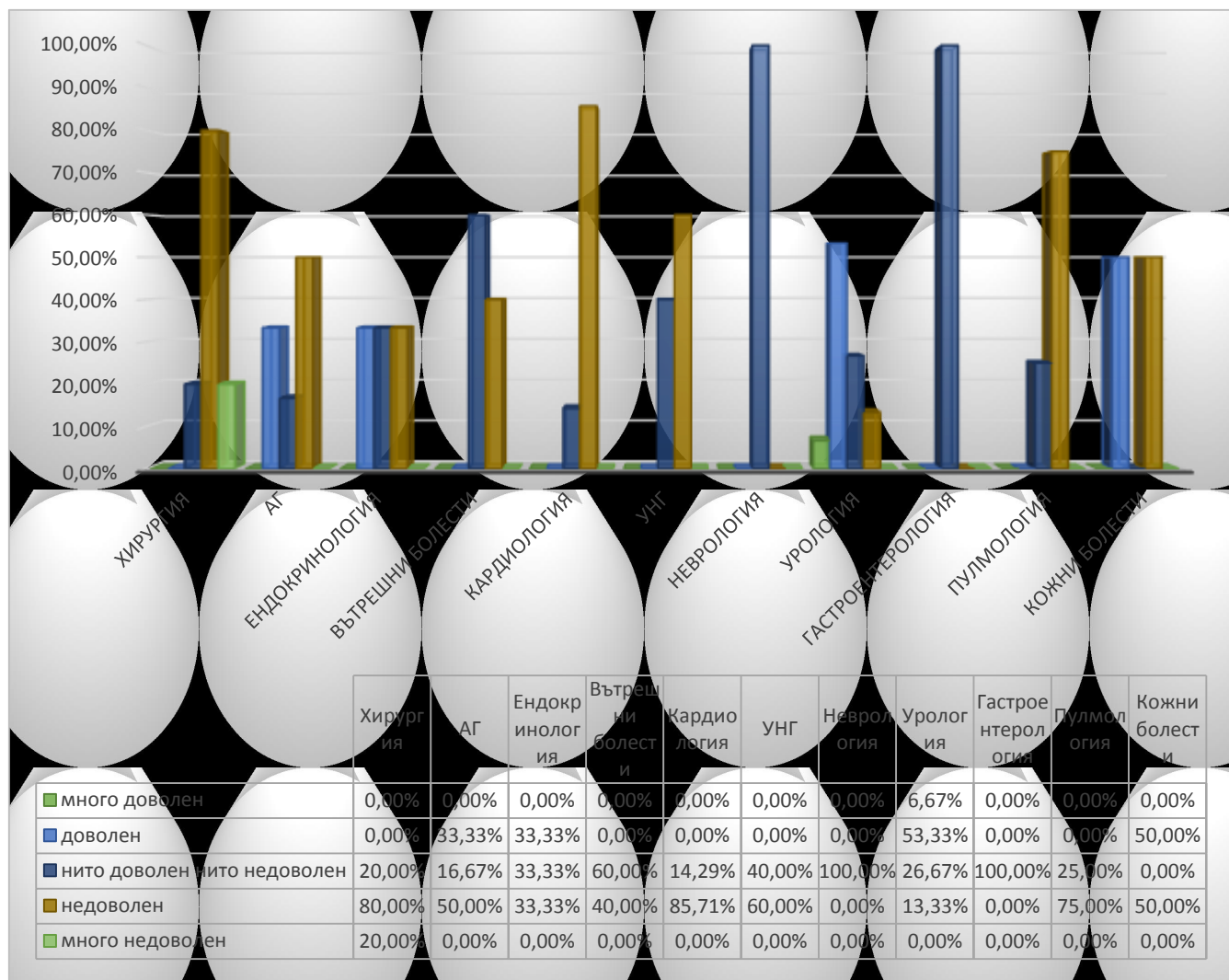
Колкото се отнася до оборудването на болничната стая, 48.3% от пациентите са недоволни, 26.7% са нито доволни, нито недоволни, 20% са доволни, 3.3 % са много недоволни и само 1.7% са много доволни. (Фиг. 34)

Фиг. 34. Удовлетвореност от оборудването на болничната стая.



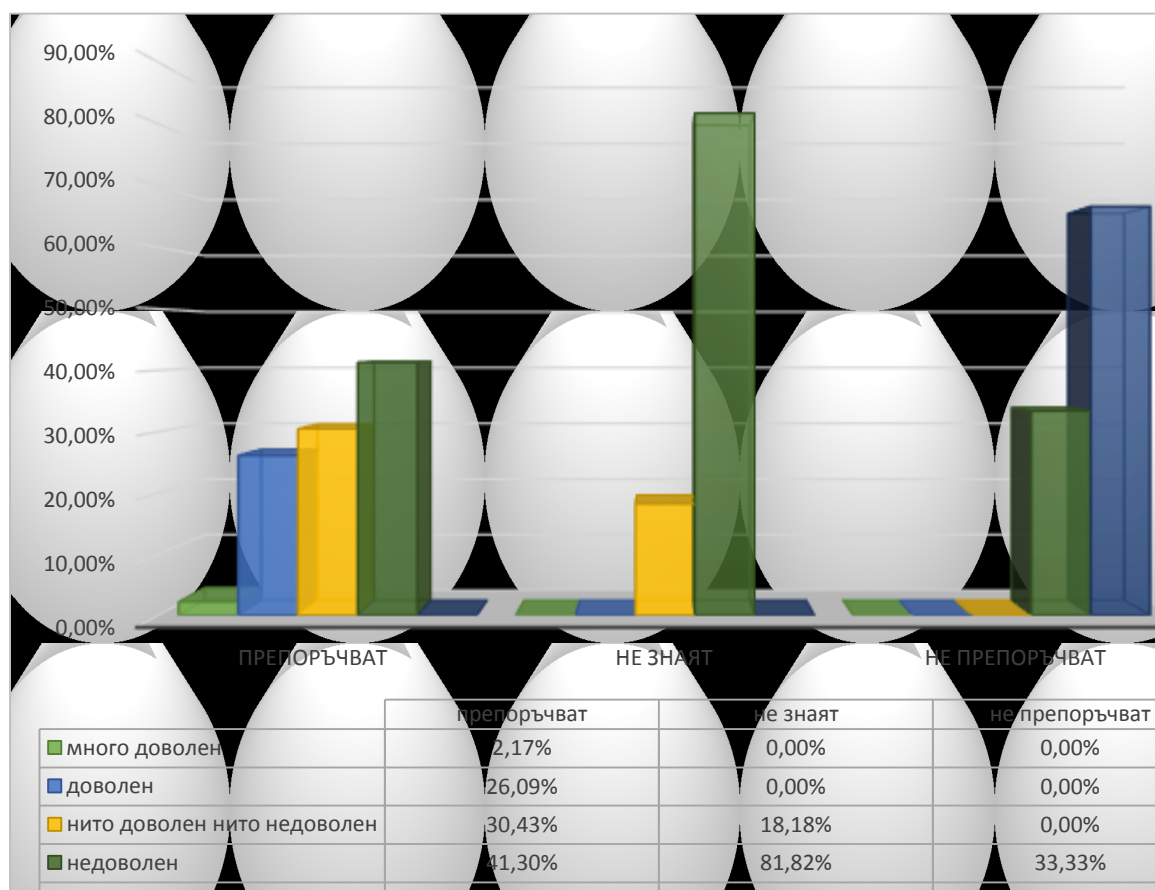
При извеждане на резултатите от мнението на пациентите за тяхната удовлетвореност от оборудването на стаята по отделения, получихме следните резултати: 100% от пациентите **на неврологията и на гастроентерологията** са нито доволни, нито недоволни. 60% от пациентите **на хирургията** са недоволни, 20% са нито доволни, нито недоволни и 20% са много недоволни. Една втора от пациентите **на АГ клиниката** са недоволни, 33.33% са доволни и 16.67% са нито доволни, нито недоволни. Една трета от пациентите **на ендокринологията** са доволни, една трета са нито доволни, нито недоволни и една трета са недоволни. 60% от пациентите **на вътрешното отделение** са нито доволни, нито недоволни и 40% са недоволни. 85.71% от пациентите **на кардиологията** са недоволни, другите 14.29% са нито доволни, нито недоволни. 60% от пациентите **на УНГ отделение** са недоволни и 40% нито доволни нито недоволни. 53.33% от пациентите **на урологията** са доволни, 26.67% са нито доволни, нито недоволни, 13.33% са недоволни и 6.67% са много доволни. Три четвърти от пациентите **на пулмологията** са недоволни и една четвърт са нито доволни, нито недоволни. Една втора от пациентите **на кожното отделение** са доволни и една втора са недоволни

Фиг. 35. Мнение на пациентите за удовлетвореността от оборудването на стаята по отделения.



На фиг. 36 са показани резултатите от съпоставянето на удовлетвореността от оборудването на стаята и готовността на пациентите за препоръка на болницата: 41.3% от пациентите, които биха препоръчали болницата, са недоволни от оборудването на стаята, 30.43 % са нито доволни, нито недоволни, 26.09% са доволни и 2.17% са много доволни. От пациентите, които не знаят дали биха препоръчали болницата, 81.82% са недоволни от оборудването на стаята и 18.18% са нито доволни, нито недоволни. 66.67% от пациентите, които не биха препоръчали болницата, са много недоволни от оборудването на стаята, другите 33.33% са недоволни.

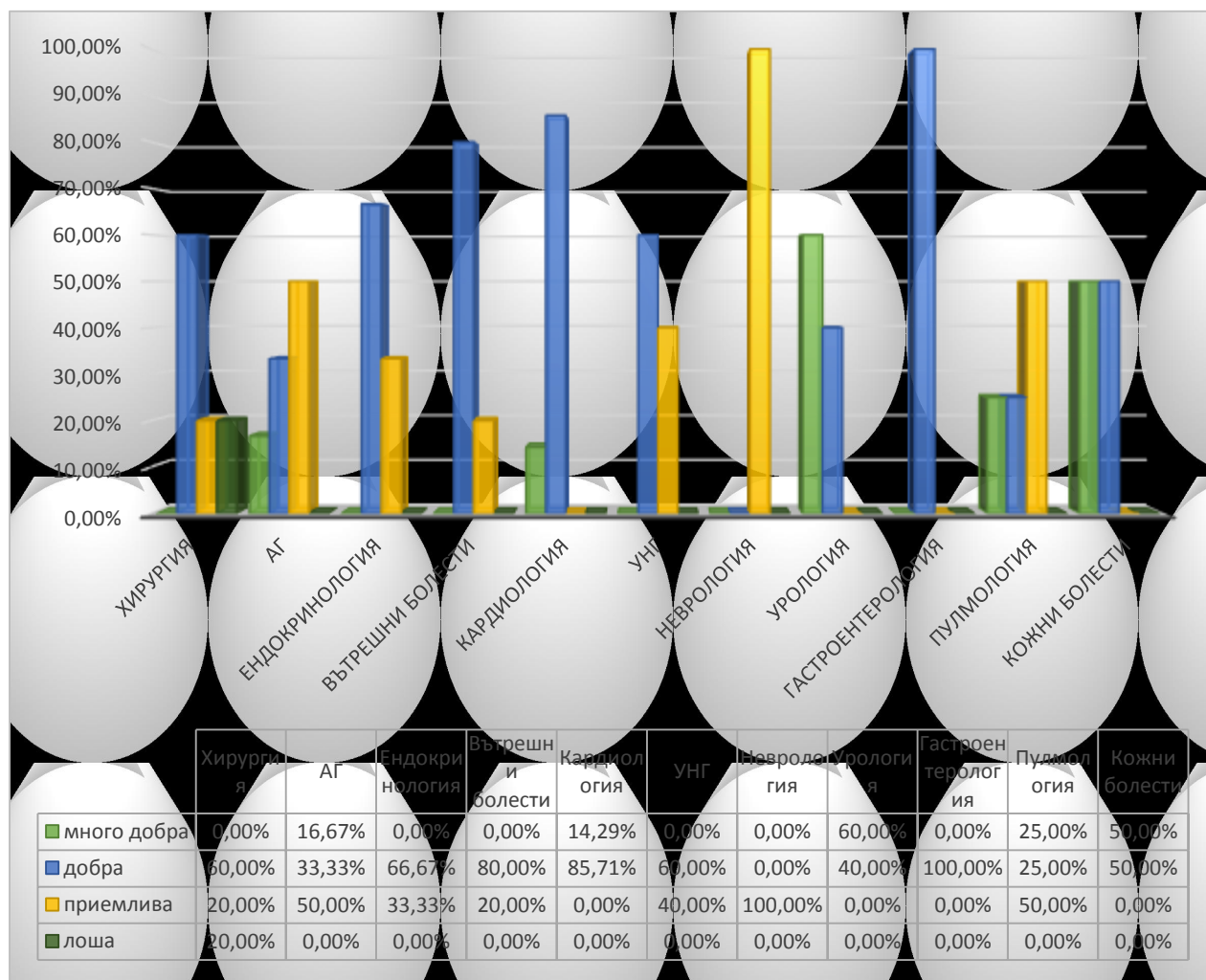
Фиг. 36. Сравнение на удовлетвореността от оборудването на стаята в болницата и готовността за препоръка.



Следващата графика показва резултатите от оценката на пациентите относно дружелюбността на медицинския персонал по отделения. 60% от пациентите в хирургичното отделение имат добро впечатление за дружелюбността на медицинския персонал, 20% имат приемливо мнение и 20% лошо впечатление. 50% от пациентите на акушеро-гинекологичното отделение имат приемливо мнение за дружелюбността на медицинския персонал, 33.33% имат добро мнение и 16.67 % много добро. 66.67% от пациентите в ендокринологията смятат дружелюбността на медицинския персонал за добра и 33.33% за приемлива. 80% от пациентите на вътрешно отделение имат добро впечатление за дружелюбността на медицинския персонал и 20% приемливо. 85.71% от пациентите в кардиологичното отделение считат дружелюбността на медицинския персонал за добра, и 14.29% за много добра. 60% от пациентите на УНГ клиниката имат добра визия за дружелюбността на медицинския персонал и 40% приемлива. 100% от пациентите на неврологичното отделение имат приемливо впечатление за дружелюбността на медицинския персонал. 60% от пациентите на урологията смятат дружелюбността на медицинския персонал за много добра и 40% за добра. 100% от пациентите в гастроентерологията имат добро впечатление за дружелюбността на медицинския персонал. 50% от пациентите на пулмологията са на мнение, че дружелюбността на медицинския персонал е приемлива, 25% добра и 25% много добра. 50% от пациентите на кожно

отделение оценяват че дружелюбността на медицинския персонал като много добра или добра.

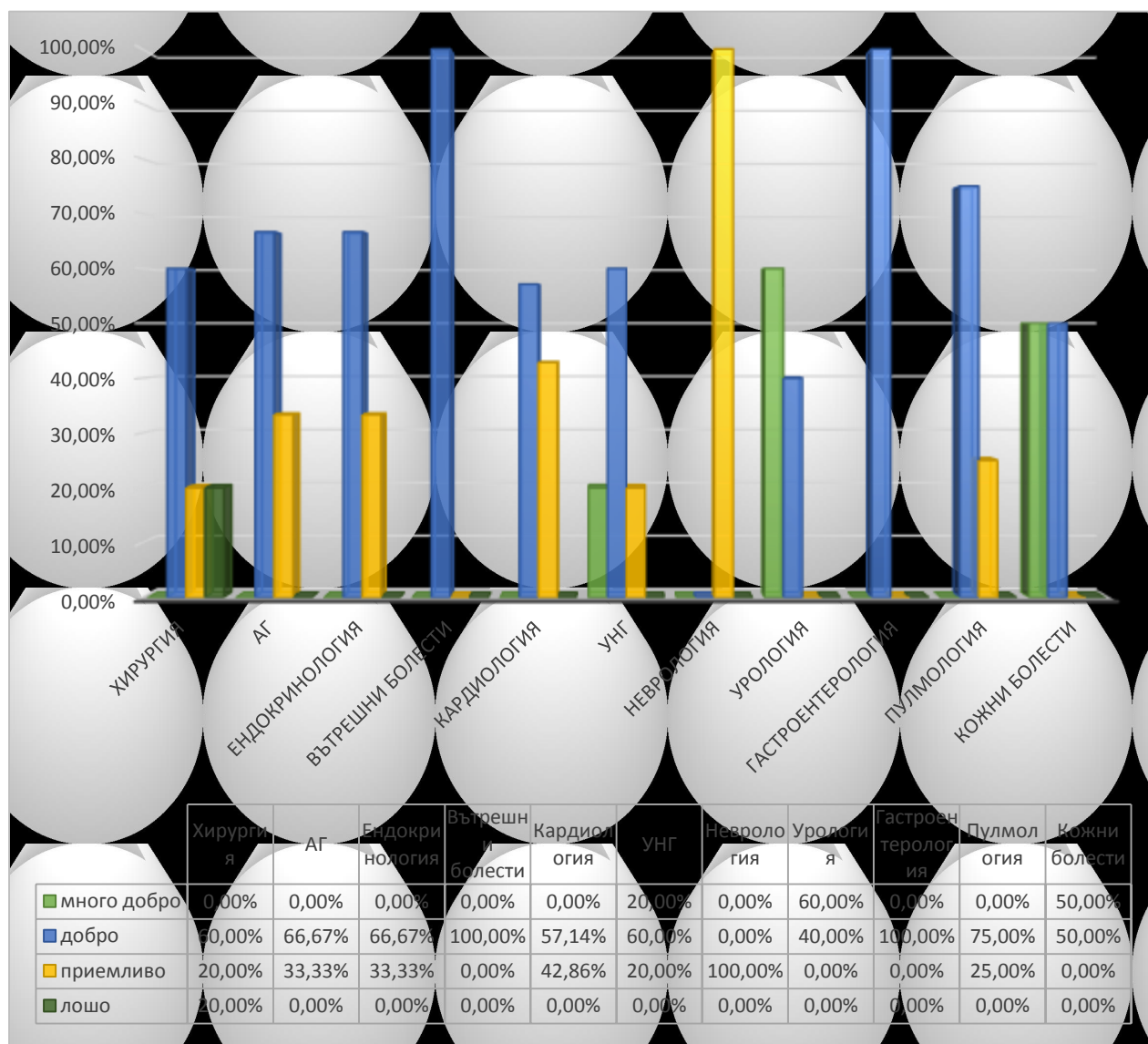
Фиг.37. Оценка на дружелюбността на медицинския персонал по отделения в V-та МБАЛ-София ЕАД.



На следващата фигура се намират резултатите от оценката на пациентите по отделения за показаното към тях уважение. 60% от пациентите на хирургията оценяват показаното уважение към тях като добро, 20% като приемливо и 20% като лошо. 66.67% от пациентите на АГ клиниката оценяват показаното уважение към тях като добро и 33.33% като приемливо. Същото се счита и от пациентите на ендокринологията. 100% от пациентите на вътрешно отделение оценяват уважението показано към тях като добро. 57.14% от пациентите на кардиологията считат показаното уважение към тях като добро, 42.86% като приемливо. 60% от пациентите в УНГ отделението определят показаното уважение към тях като добро, 20% като приемливо и 20% като много добро. 100% от пациентите в неврологията смятат показаното уважение към тях за приемливо. 60% от пациентите на урологията са на мнение че показаното уважение към тях е много добро, останалите 40% добро. 100% от пациентите на гастроентерологията

оценяват показаното уважение към тях като добро. 75% от пациентите на пулмологията считат показаното уважение към тях като добро и 25% като приемливо. Една втора от пациентите на кожно отделение смятат показаното уважение към тях като много добро и една втора като добро.

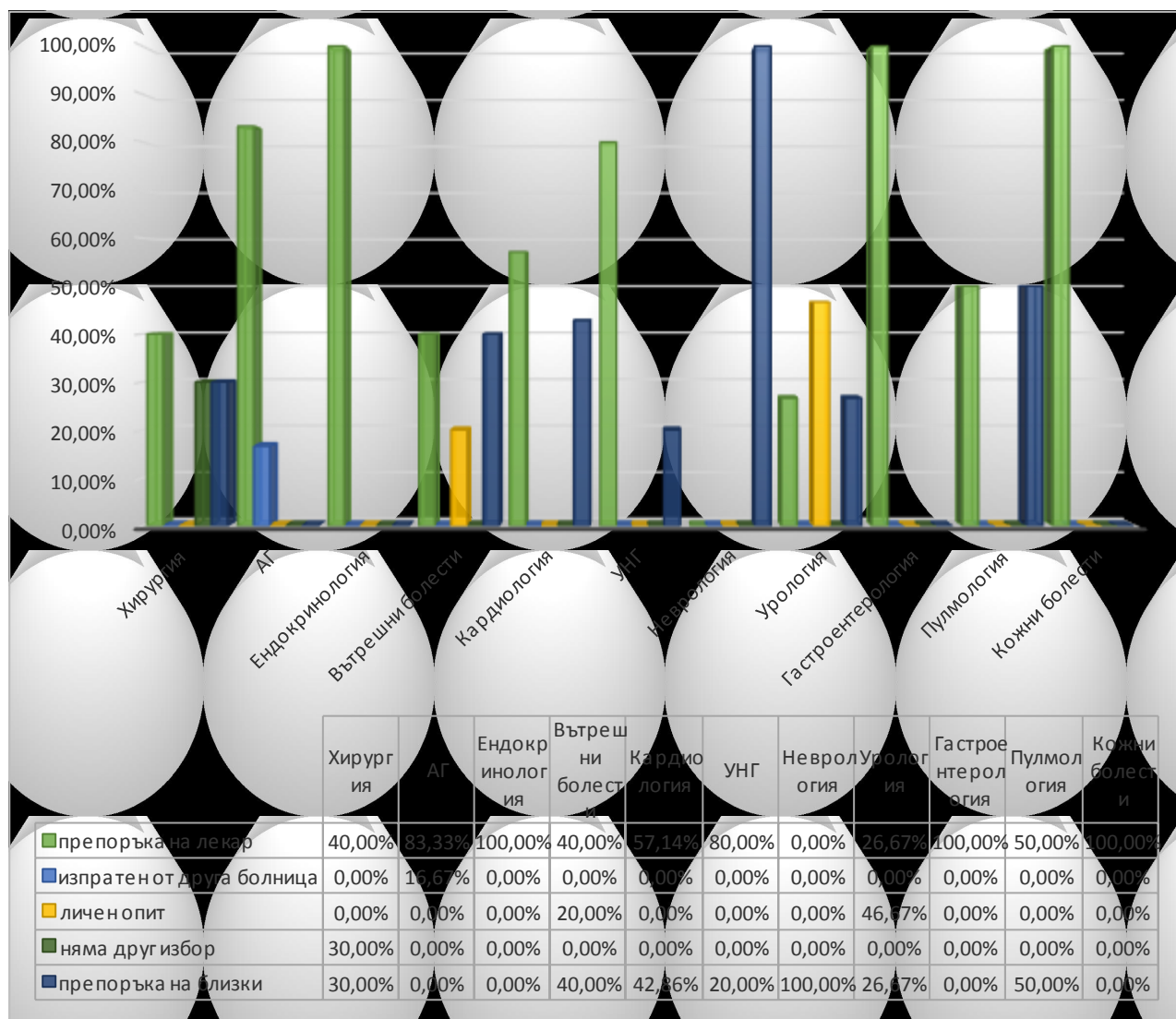
Фиг. 38. Оценка на пациентите по отделения за показаното към тях уважение.



От голямо значение за формулиране на маркетинговата стратегия на болницата, насочена към определен тип услуги според нуждата от тяхното комуникиране с околната среда, имат резултатите на следващите графики. Изборът на постъпване в болницата от пациентите по отделения е представен на фиг.39: 100% от пациентите на ендокринологията, гастроентерологията и кожно отделение за избрали болницата след препоръка на личния си лекар. 40% от пациентите в хирургията са постъпили в болницата след препоръка на личния си

лекар, 30% след препоръка на близки и 30% защото са нямали друг избор. 83.33% на пациентите на АГ клиниката са избрали болницата след препоръка на личния си лекар и 16.67% са били изпратени от друга болница. 40% от пациентите на вътрешно отделение са постъпили след препоръка на личния си лекар или след препоръка на близки, останалите 20% се доверили на личния си опит. 57.14% от пациентите на кардиологията са били насочени от личния си лекар да изберат болницата и 42.86% от препоръки на близки. 80% от пациентите на УНГ клиниката са посъветвани от личния си лекар за избор на болница и 20% от препоръки на близки. 100% от пациентите на неврологията са избрали болницата след съвет от близки. 46.67% от пациентите на урологията са избрали болница от личен опит, 26.67% след препоръка на личния си лекар или след препоръка на близки. Една втора от пациентите на пулмологията са получили препоръка на личния си лекар и една втора препоръка на близки.

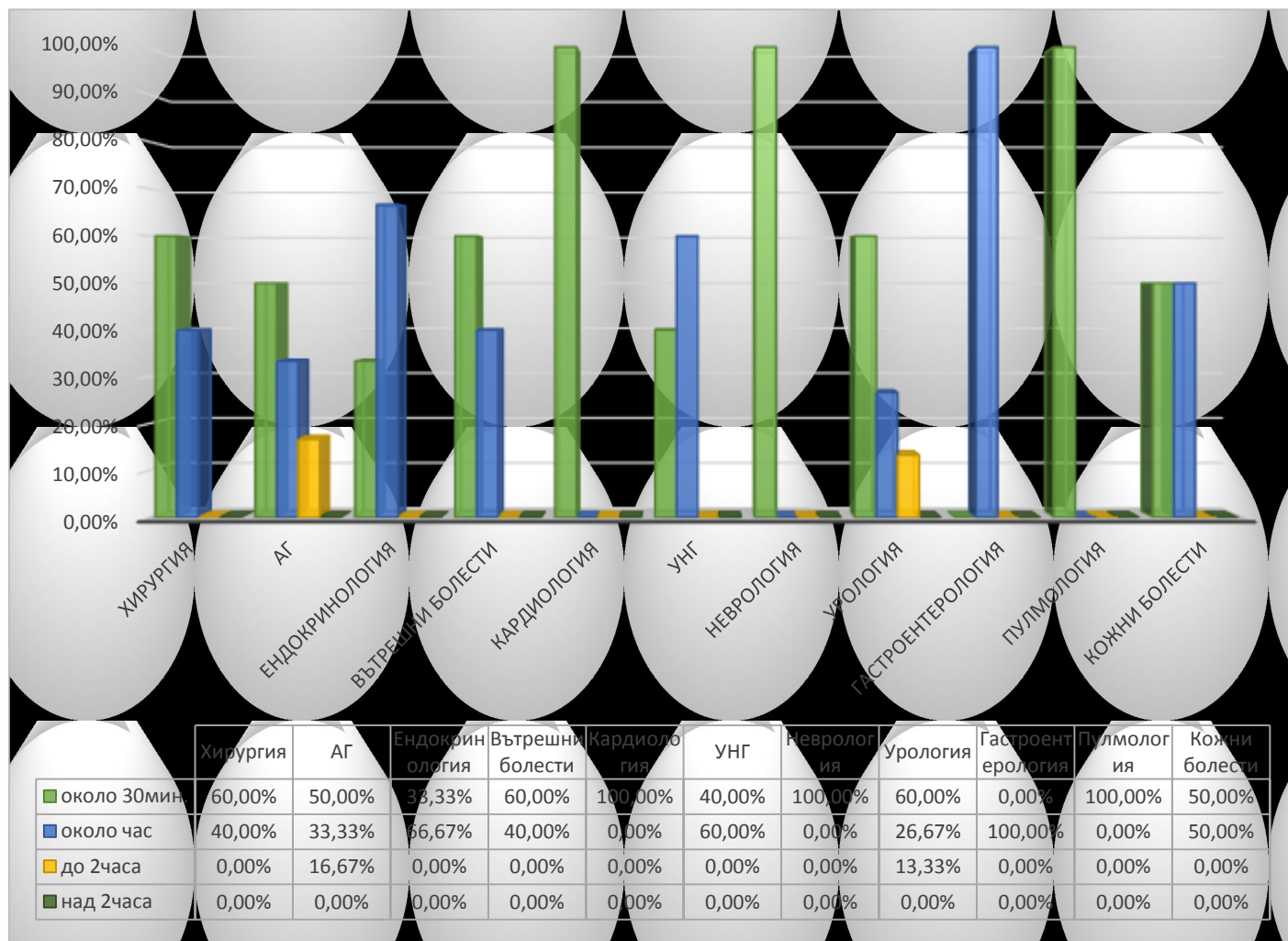
Фиг. 39. Избор на постъпване в болницата от пациентите по отделения.



Времето, което се е наложило да чакат пациентите във всяко отделение при постъпване в болницата е показано на следващата фигура. 60% от пациентите на хирургията се е наложило да чакат около 30 минути и на 40% около час. На пациентите на АГ клиниката, 50% са чакали около 30 минути, 33.33% около час и на 16.67% се е наложило да чакат до 2 часа. 66.67% от пациентите на ендокринологията са чакали около час, другите 33.33% около 30 минути. 60% от пациентите на вътрешното отделение са чакали около 30 минути и 40% около час. 100% от пациентите на кардиологичното, неврологичното и на пулмологията са чакали около 30 минути. 100% от пациентите на гастроентерологията са чакали около час. 60% от пациентите на УНГ клиниката се е наложило да чакат около час, а на 40% около 30 минути. 60% от пациентите на урологията е трябвало да чакат около 30 минути, на 26.67% около час и на 13.33% до 2 часа. На една втора

от пациентите на кожно отделение се е наложило да чакат около 30 минути, на другата една втора около час.

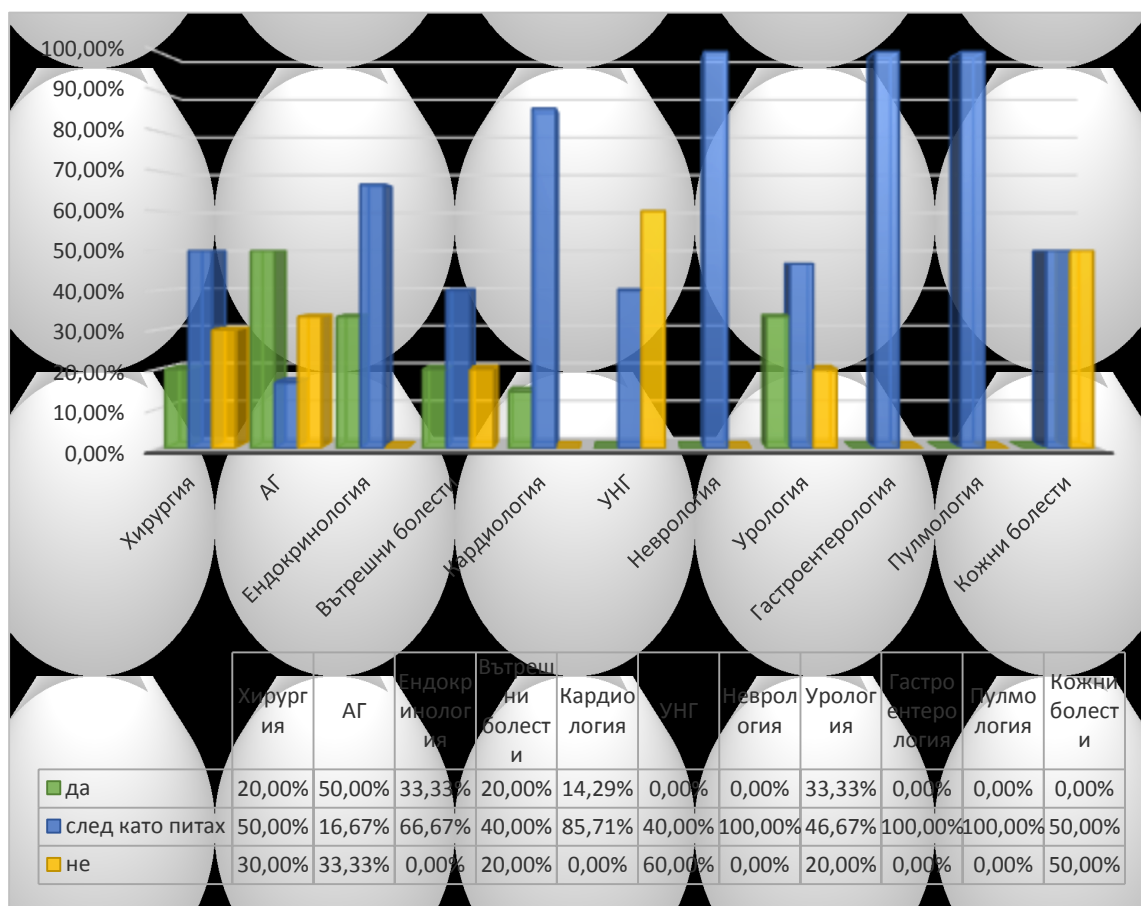
Фиг. 40. Време за чакане на пациента за прием в болницата по отделения.



Получената информация за пациентите за купуването на консумативи, които НЗОК не заплаща и които могат да бъдат закупени от аптеката на болницата на цената, която болницата ги купува, са представени на фиг. 41: 100% от пациентите на неврологията, гастроентерологията и пулмологията са били информирани след като са попитали лекаря си. Една втора от пациентите на хирургията са били информирани след като са попитали лекаря си, 30% не са имали такава информация и 20% са били информирани без да питат. 50% от пациентите на АГ клиниката са били информирани без да питат, 33.33% не са получили информация и 16.67% са получили след като са питали. 66.67% от пациентите на ендокринологията са имали информация след като попитали и 33.33% са имали без да попитат. 40% от пациентите на вътрешно отделение са получили информация след като попитали, 20% без да попитат и 20% нямат никаква информация. 85.71% от пациентите на кардиологията са били

информирани след като попитали и 14.29% без да са попитали. 60% от пациентите на УНГ клиниката нямали такава информация, а 40% имали след като попитали лекаря си. 46.67% от пациентите на урологията са били информирани след като са попитали лекаря си, 33.33% без да попитат и 20% нямали никаква информация. Една втора от пациентите на кожно отделение са получили информация след като попитали и другата една втора нямали информация.

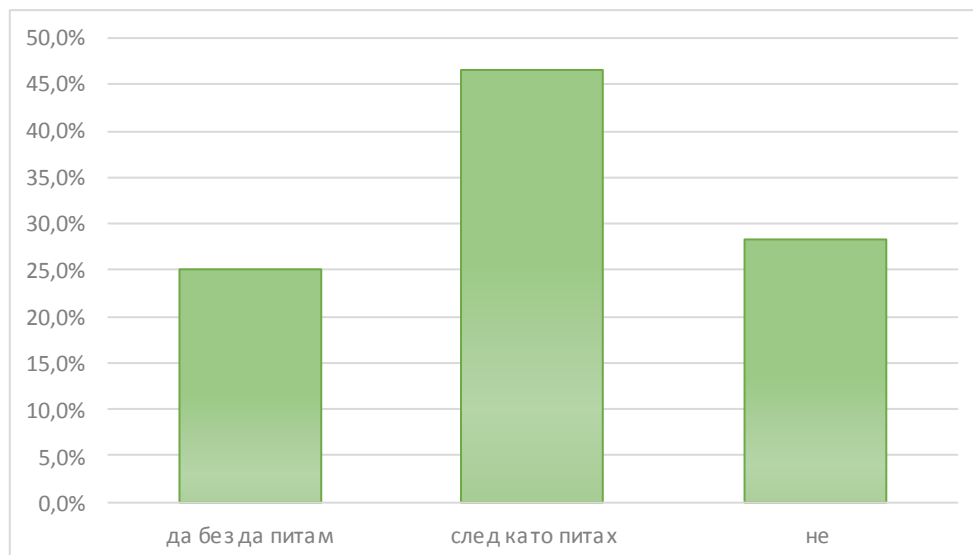
Фиг. 41. Получена информация за пациентите за купуването на консумативи, които НЗОК не заплаща и които могат да бъдат закупени от аптеката на болницата на цената която болницата ги купува.



При запитване на пациентите дали са били запознати с правата им като здравноосигурени лица, отново по-голямата част от анкетираните, 46.7%, отговарят, че са били запознати след като са попитали. 28,3% не са били

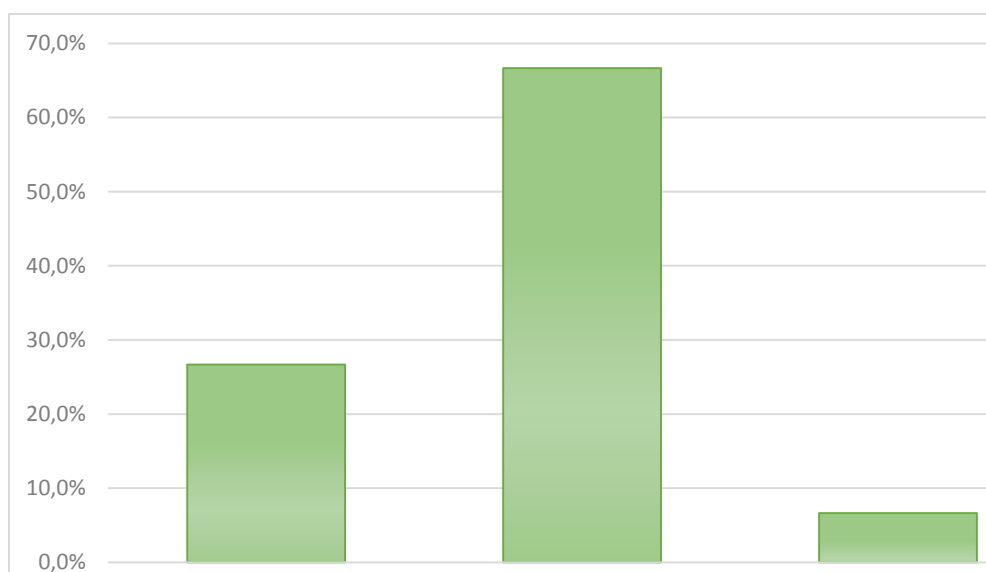
запознати и останалите 25% са били запознати с правата си без да питат изрично. (Фиг. 42)

Фиг. 42. Начин на запознаване с правата като здравноосигурено лице на анкетираните пациенти.



На въпроса дали пациентите са получили информация за предвидената продължителност на лечение в болницата по клинична пътека, на фиг. 43 са показани резултатите. 66.7% от пациентите са били осведомени отново след като са попитали лекаря. 26.7% са осведомени без да питат изрично и 6.7 % не са получили такова сведение.

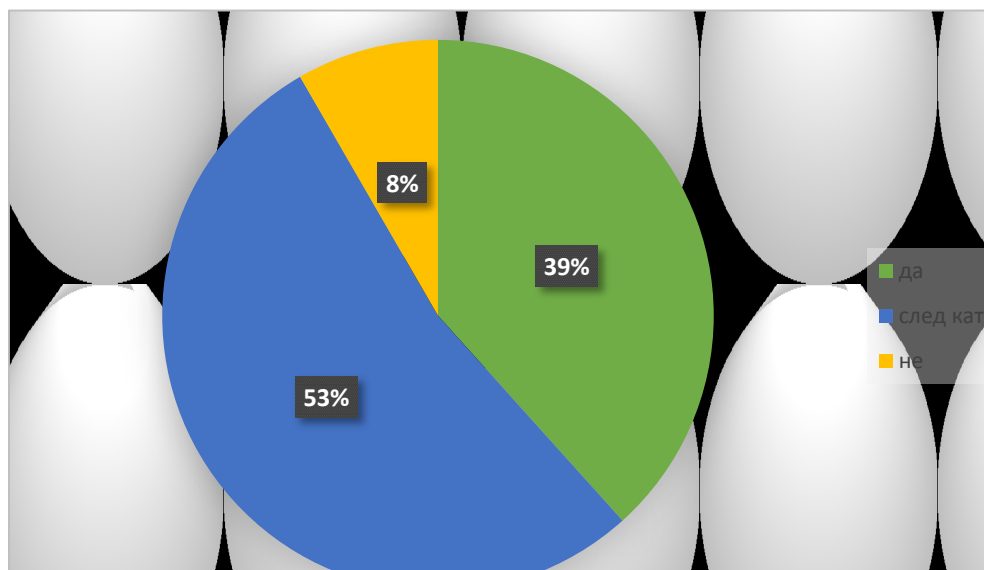
Фиг. 43. Информация за предвидената продължителност на лечение в болницата по клинична пътека.



Възможността за най-добро възстановяване след болничното лечение дават указанията за специален режим, който изписаният пациент трябва да прилага след изписването му. Респективно на това, проучването дава следните резултати, показани на фиг. 44. 53.3% заявяват, че са били информирани за такъв вид режим

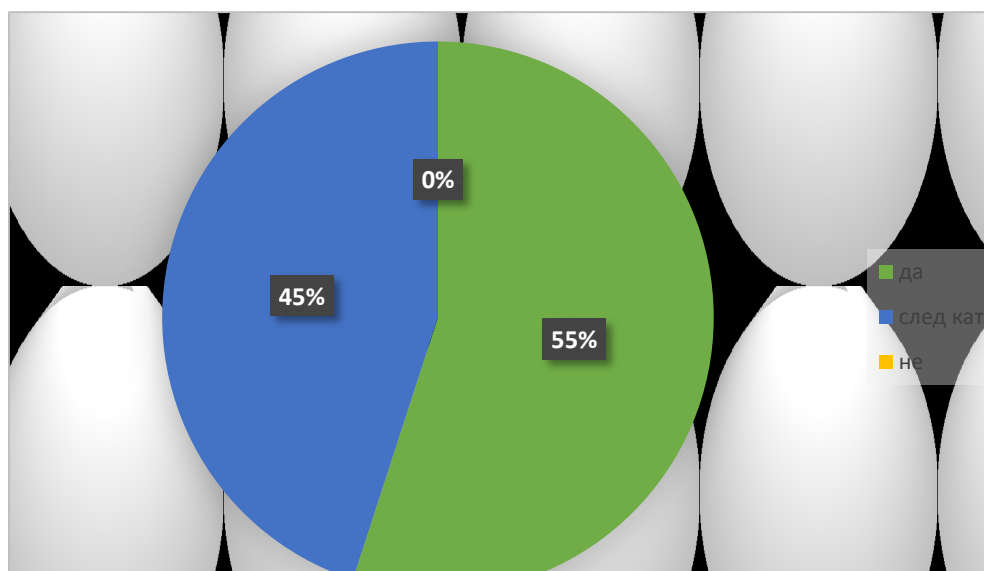
след като са попитали , 38.3% са осведомени без да питат изрично и 8.3% не са получили информация.

Фиг. 44. Получаване на указания за режима, който трябва да се спазва съобразно заболяването, при напускане на болницата.



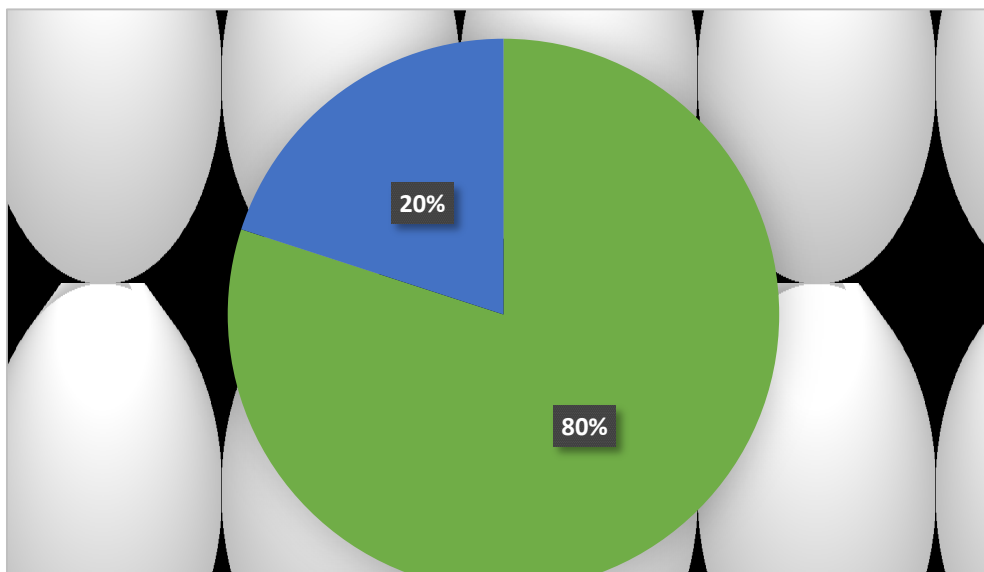
Според проучването пациентите, получили епикриза и определена дата за контролен преглед без да попитат изрично са 55%. Процентът на тези, които е трябвало да попитат за това, е 45% (Фиг. 45). Проучването няма данни за това, дали пациентът е побързал да попита лекаря, а не е изчакал последният да го информира.

Фиг. 45. Получаване на епикриза и насрочване на дата за контролен преглед.



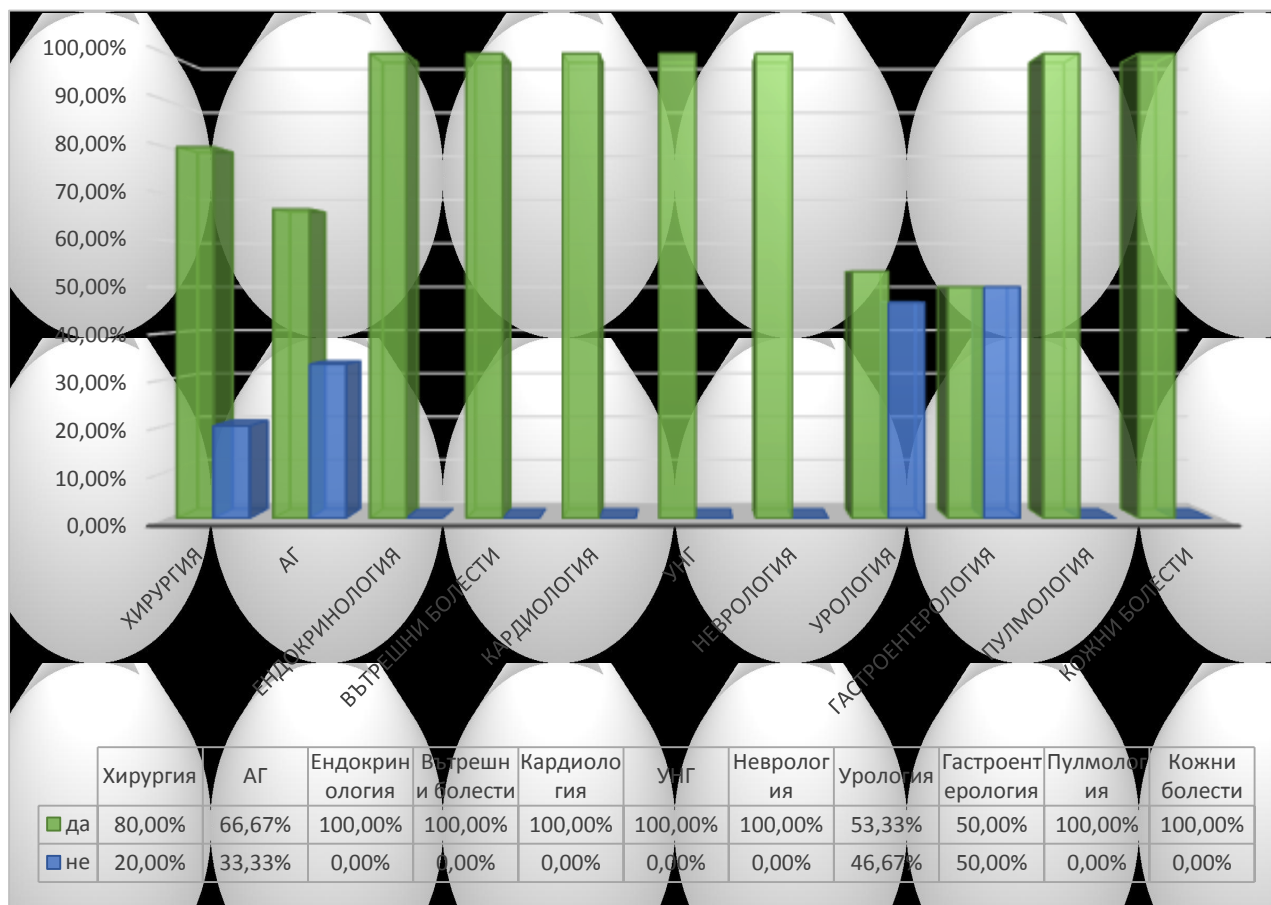
Системата на здравеопазване в Р. България предоставя свободен избор на специалист за лечението на заболяванията. По тази причина в проучването е зададен въпрос относно важността за пациента от рекламата на болничното заведение по средствата за масова информация. От фиг. 46 става ясно, че за 80% от пациентите е важна такава реклама, докато за 20% това не е от значение.

Фиг. 46. Значение на рекламата по средствата за масова информация според пациентите.



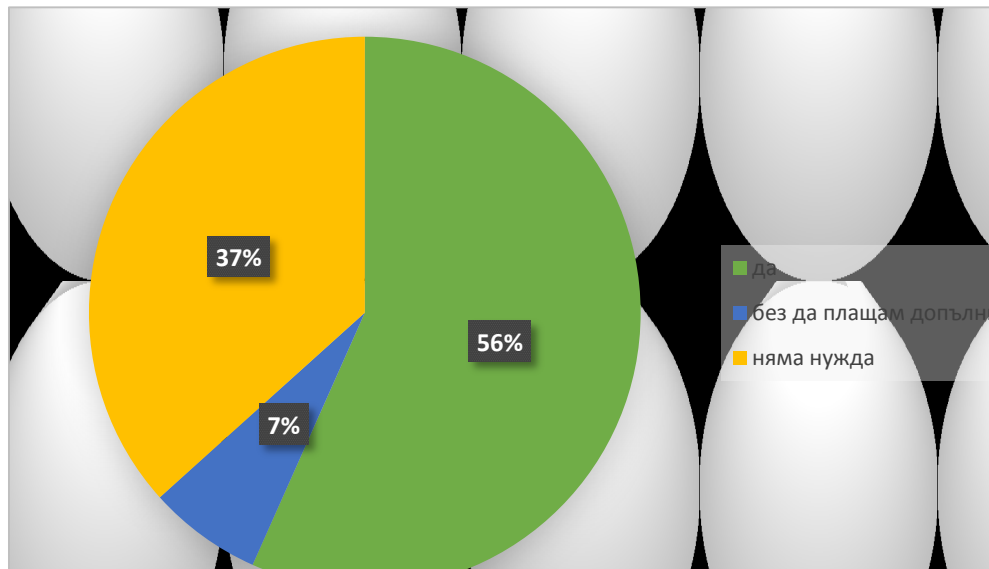
На въпроса дали пациентите смятат за важно болницата да се рекламира по средствата за масова информация по отделения, получаваме следните резултати. 100% от пациентите на ендокринологията, на вътрешно отделение, на кардиологията, на УНГ клиниката, на неврологията, на пулмологията и на кожно отделение смятат за важно болницата да се рекламира по средствата за масова информация. 80% от пациентите на хирургията го смятат за важно и 20% за не важно. Две трети от пациентите на АГ клиниката смятат за важно и една трета не. 53.33% от пациентите на урологията смятат за важно болницата да се рекламира по средствата за масова информация, останалите 46.67% не мислят, че е от значение. Една втора от пациентите на гастроентерологията смятат за важно и една втора за не важно.

Фиг. 47. Мнение на пациентите за важноста от реклама на болничното заведение по средствата за масова информация.



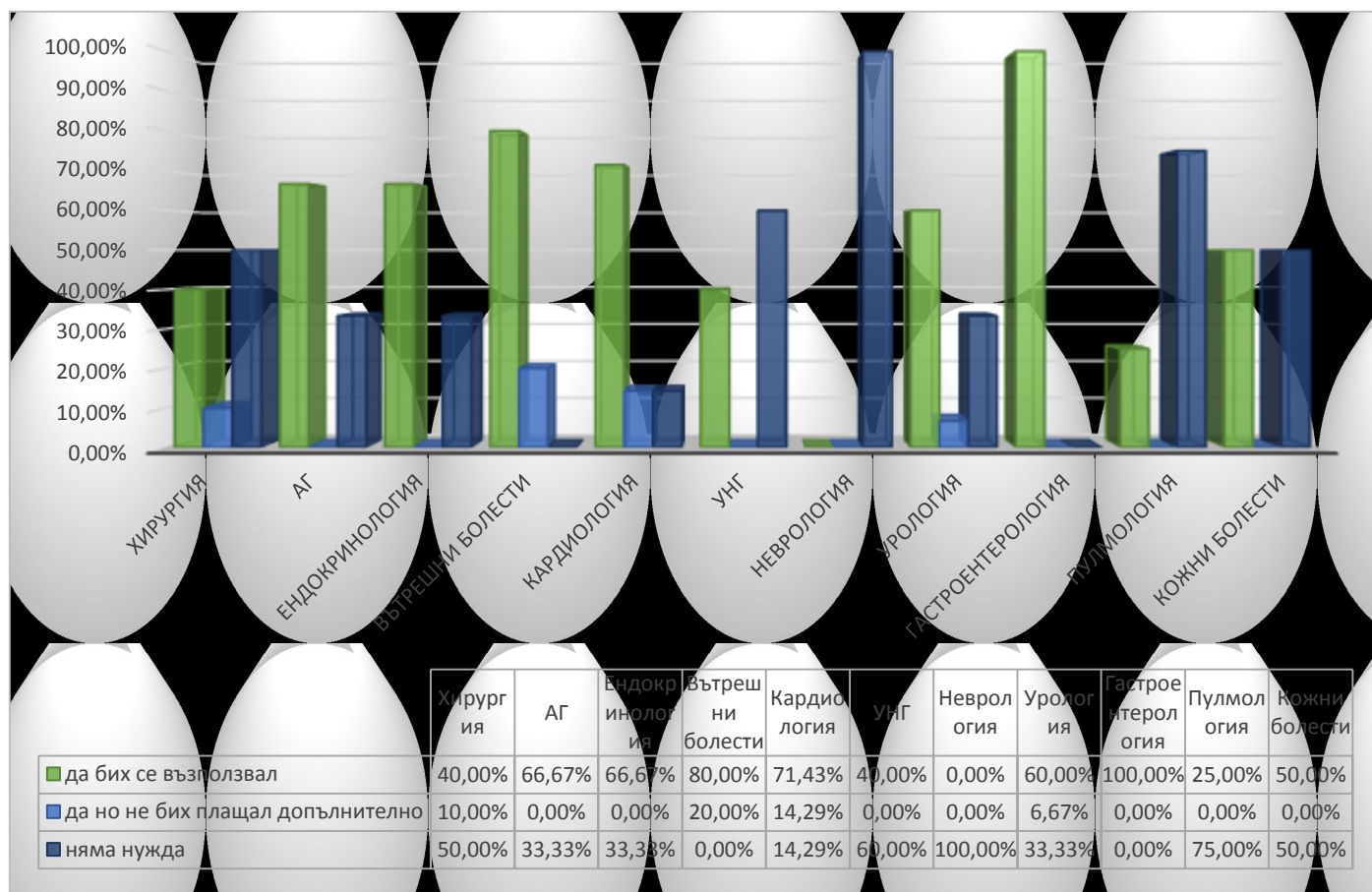
Колкото се отнася до въпроса дали има нужда болницата да предлага допълнително обслужване по домовете на пациентите при допълнително заплащане, 56% от респондентите декларират, че биха се възползвали от такова обслужване при необходимост, 37% смятат, че нямат нужда и 7% от пациентите биха се възползвали, но не биха заплащали допълнително.

Фиг. 48. Необходимост от допълнително обслужване на пациентите по домовете при допълнително заплащане от тяхна страна според анкетиранияте пациенти.



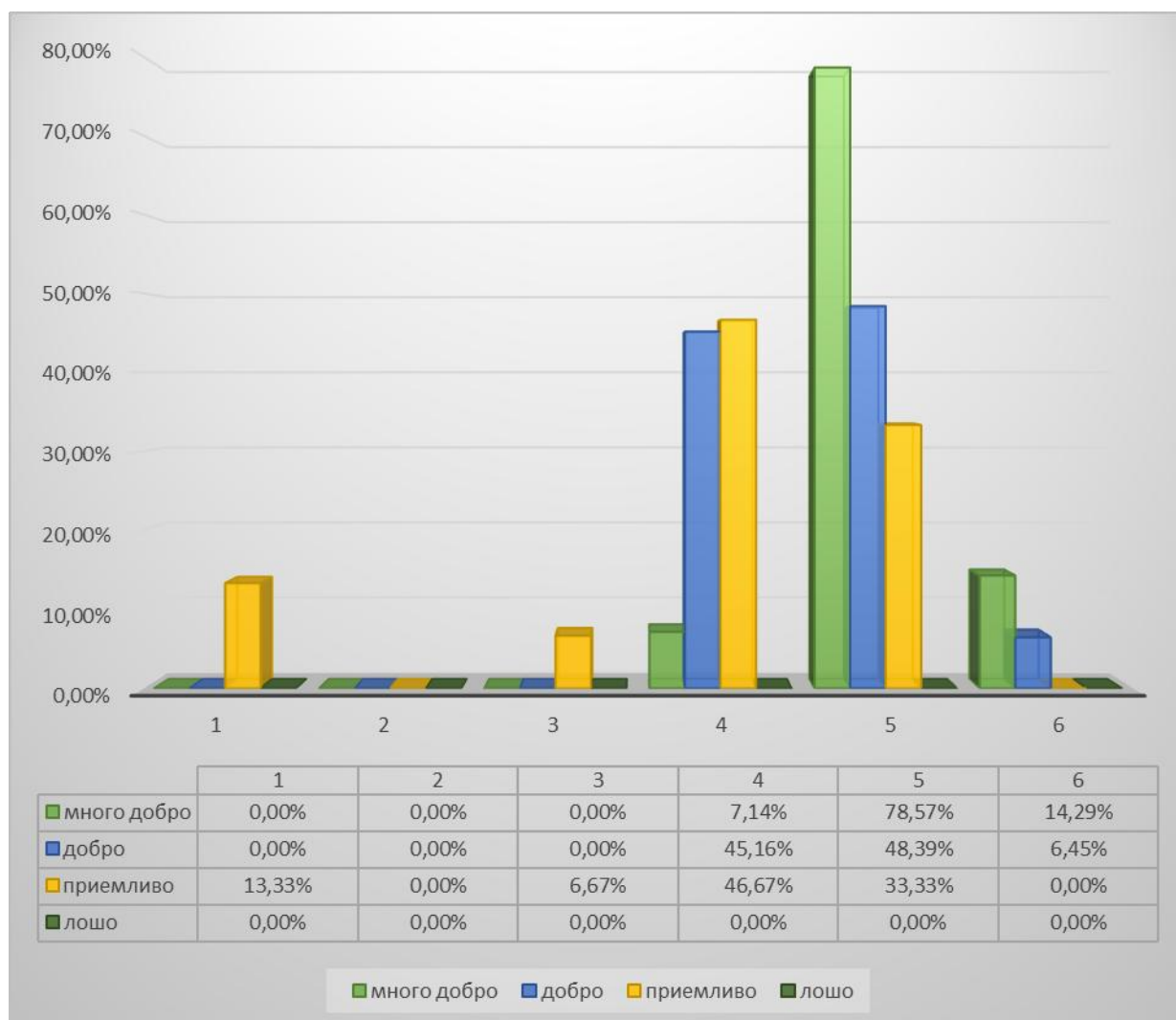
Съпоставката на мнението на пациентите относно нуждата болницата да предлага допълнително обслужване по домовете на пациентите при допълнително заплащане по отделения е представена на фиг. 49. 50% от пациентите на хирургията смятат, че нямат нужда от такава услуга, 40% биха се възползвали и 10% биха се възползвали, но без да плащат допълнително. 66.67% от пациентите на АГ клиниката биха се възползвали и 33.33% смятат, че нямат нужда. Същото се отнася и за ендокринологията. 80% от пациентите на вътрешното отделение биха се възползвали и 20% биха се възползвали, но без да плащат допълнително. 71.43% от пациентите на кардиологията биха се възползвали, 14.29% биха се възползвали, но без да плащат допълнително и 14.29% не го намират за нужно. 60% от пациентите на УНГ клиниката смятат, че нямат нужда и 40% биха се възползвали. 100% от пациентите на неврологията мислят за ненужно да се предлага допълнително обслужване по домовете. 60% от пациентите на урологията биха се възползвали, 33.33% не го смятат за необходимо и 6.67% биха се възползвали, но без да плащат допълнително. 100% от пациентите на гастроентерологията биха се възползвали от тази услуга. 75% от пациентите на пулмологията не го намират за нужно, а 25% биха се възползвали. Една втора от пациентите на кожното отделение биха се възползвали и една втора не го намират за нужно.

Фиг. 49. Съпоставката на мнението на пациентите относно нуждата болницата да предлага допълнително обслужване по домовете на пациентите при допълнително заплащане по отделения



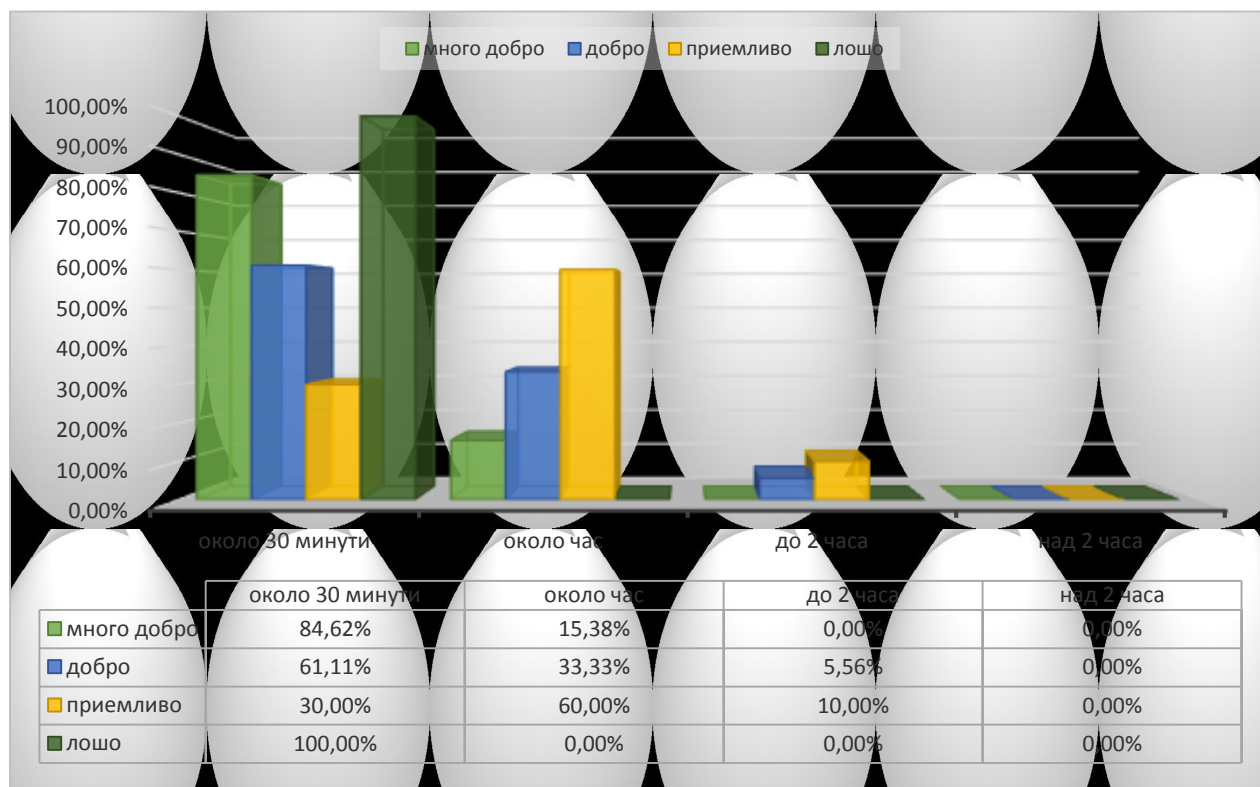
При анализа на честотните разпределения и комбинацията на въпросите какво впечатление имат пациентите за болницата и каква оценка биха дали на престоя си в болницата за положените грижи в процеса на тяхното лечение (оценката е от 1 до 6, като най-високата е 6), пациентите са дали следните отговори (фиг. 50): 13.33% от пациентите, които имат приемливо впечатление за болницата, оценяват процеса на лечение с единица (1). 6.67% от пациентите, които имат приемливо впечатление за болницата, оценяват процеса на лечение с тройка (3). 46.67% от пациентите, които имат приемливо впечатление за болницата, оценяват процеса на лечение с четворка (4). 33.33% от пациентите които имат приемливо впечатление за болницата, оценяват процеса на лечение с петица(5). Като разгледаме пациентите, които имат добро впечатление за болницата, 48.39% оценяват процеса с петица (5), 45.16% с четворка (4) и 6.45% с шестлица(6). При пациентите, които имат много добро впечатление за болницата, разпределението е следното: 78.57% оценяват процеса на лечение с петица (5), 7.14% от тях с четворка (4) и 14.29% с шестлица(6). Тези резултати показват достоверността на попълване на анкетата.

Фиг. 50. Съпоставка на впечатлението на пациентите за болницата и оценката на престоя за положени грижи в процеса на лечение.



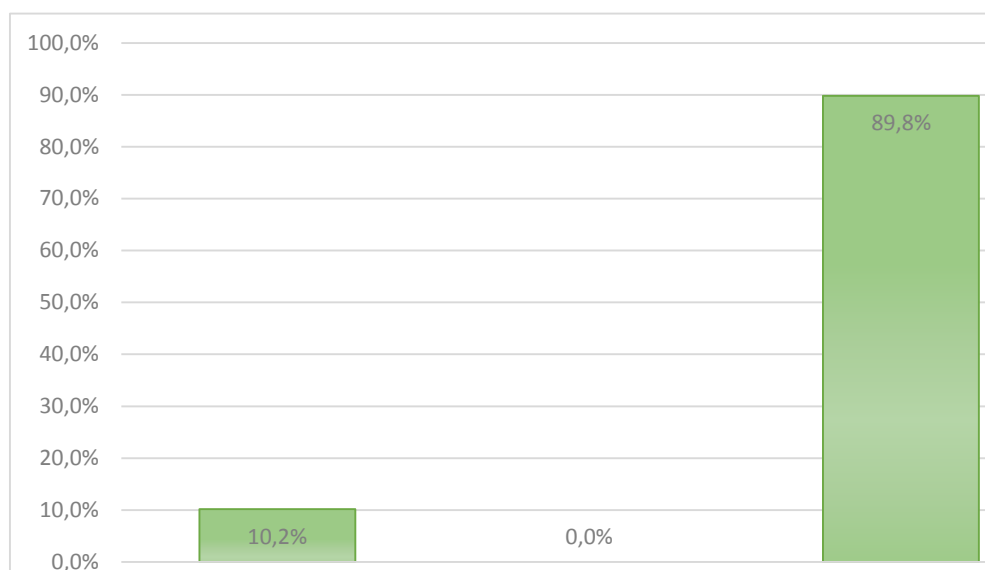
При съпоставката на въпросите за впечатлението на пациентите за съдействието на служителите при попълване на документи за прием в болницата и времето, което се е наложило да чакат при постъпването си, показваме резултатите на фиг. 51: 84.62% от пациентите, които смятат за много добро съдействието при попълване на документи, се е наложило да чакат около 30 минути, а на 15.38% около час. На пациентите, които оценяват съдействието при попълване на документи като добро, 61.11% са чакали около 30 минути, 33.33% около час и 5.56% се е наложило да чакат до 2 часа. От оценилите съдействието при попълване на документи като приемливо, 60% от тях са чакали около час, 30% около 30 минути и 10% около 2 часа. Пациентите, които нямат добро впечатление за съдействието при попълване на документи, се е наложило да чакат около 30 минути. Тази фигура разкрива силно изразена субективност в оценката на време за чакане и съдействие при попълване на документите. В тази връзка тълкуванието би било разнопосочно, т.к. нямаме данни за това, кои от тези пациенти са приети за лечение по клинична пътека, по кое време са били приети и дали приемането е било по спешност или планово.

Фиг. 51. Съпоставка на пациентите от впечатлението им за съдействие при попълване на документи за прием и времето за чакане за прегледи, изследвания и оформяне на документи.



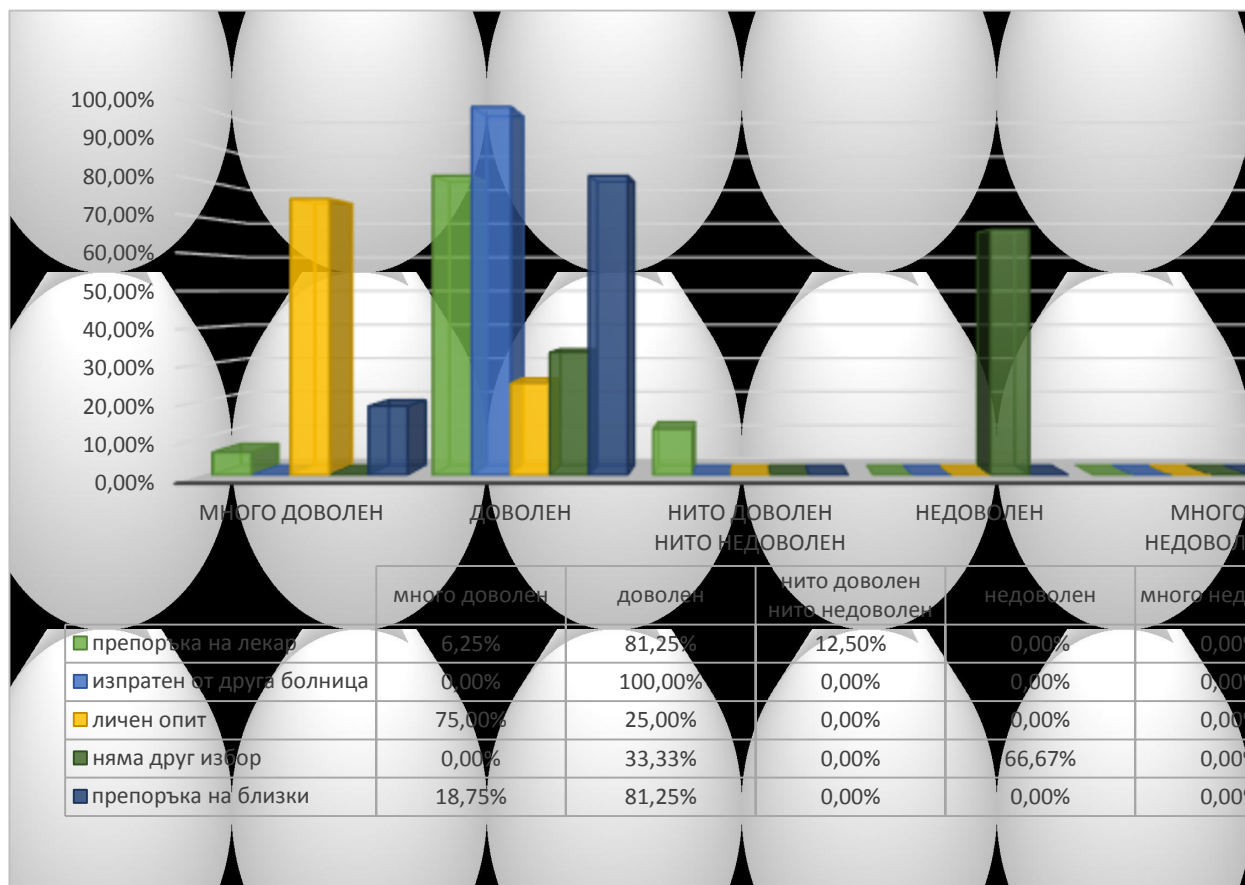
При допитване на пациентите дали са ги върнали за корекция на документи или други изследвания, 89,8% заявяват, че не са били връщани, 10,2% са били върнати един път. Няма пациенти, които са връщани многократно.

Фиг. 52. Връщани пациенти за корекция на документи, правене на изследвания и консултации.



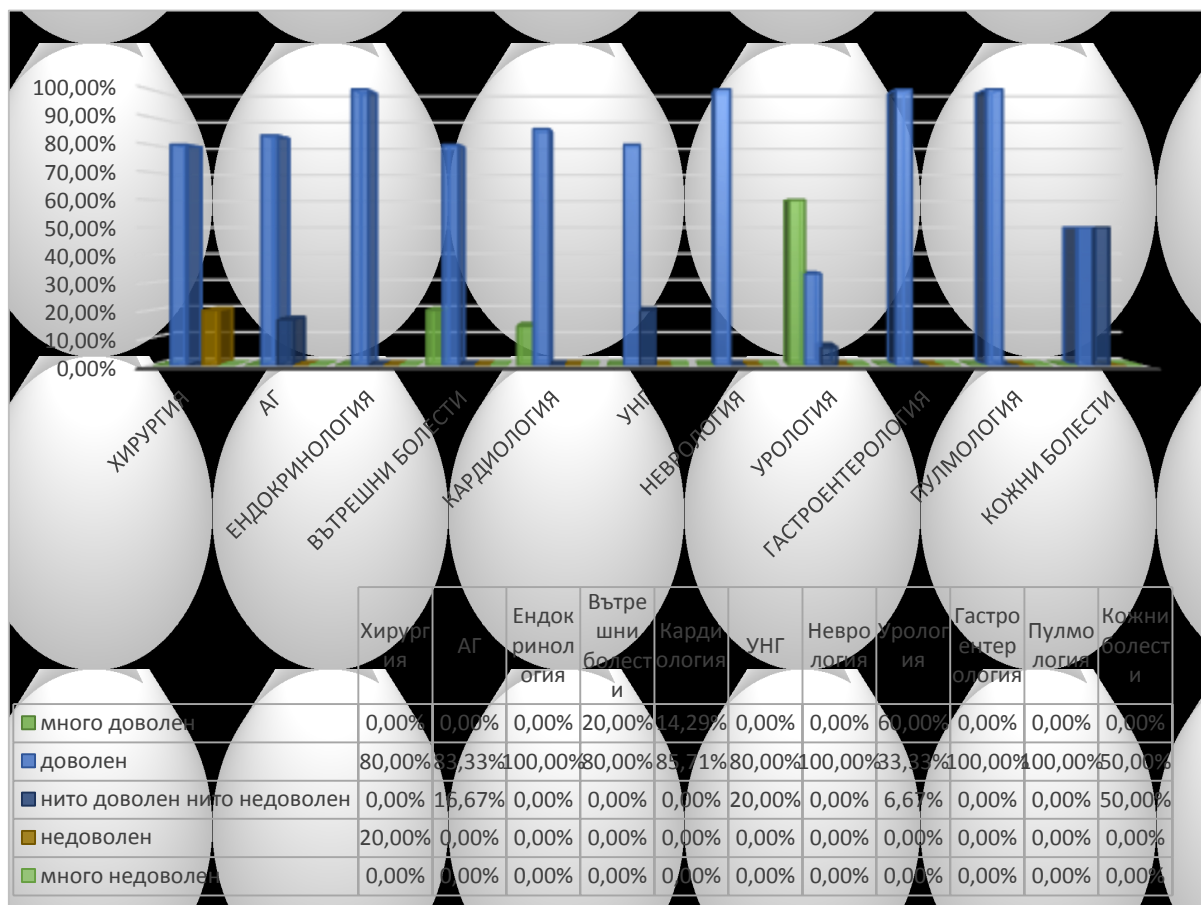
При съпоставянето на въпросите за избора на пациента за постъпване в болницата и удовлетвореността от първоначалния преглед и назначеното лечение наблюдаваме високо доверие сред пациентите към собствения си опит и препоръка от друга болница и лекар. Резултатите са представени на фиг. 53. 81.25% от пациентите, които са избрали болницата след препоръка на личния си лекар, са доволни от първоначалния си преглед, 12.5% са нито доволни, нито недоволни и 6.25% са много доволни. 100% от пациентите, които са били изпратени от друга болница, са доволни от първоначалния си преглед. 75%, които са избрали сами болницата от личен опит, са много доволни от първоначалния си преглед и 25% са доволни. 66.67% от пациентите, които са нямали друг избор на болница, са недоволни от първоначалния си преглед, а 33.33% са доволни. Причината може да се корени в липсата на избор на лечебно заведение или недостатъчна запознатост със здравната система. 81.25% от пациентите, които са избрали болницата по препоръка на близки/познати, са доволни от първоначалния си преглед и 18.75% са много доволни.

Фиг. 53. Съпоставка на избора на пациента за постъпване в болницата и удовлетвореността от първоначалния преглед и назначеното лечение.



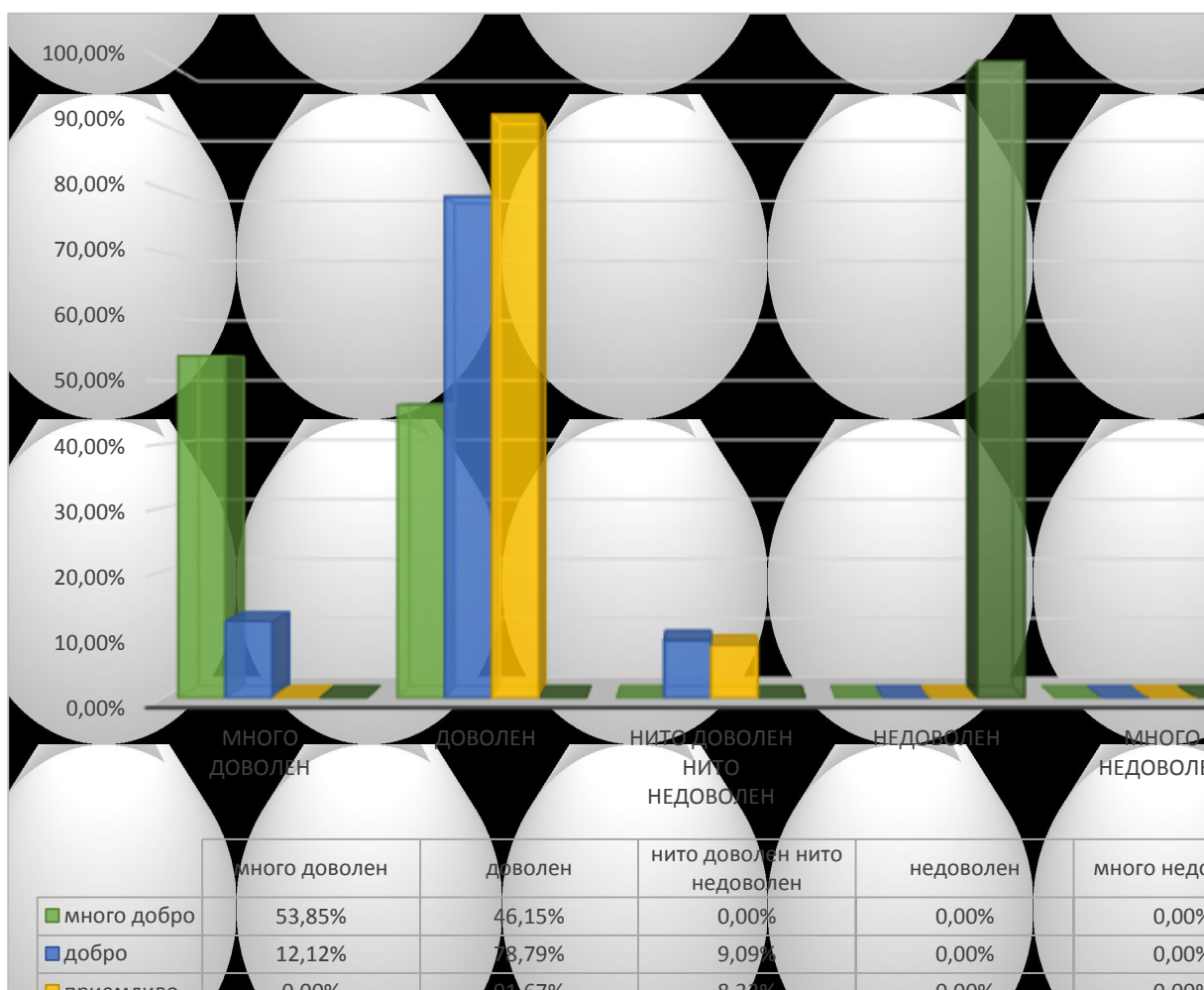
На следващата графика са представени резултатите от удовлетвореността на пациентите от първоначалния си преглед и назначеното лечение по отделения. 100% от пациентите на ендокринологията, на неврологията, на гастроентерологията и на пулмологията са доволни. 80% от пациентите на хирургията, на отделението по вътрешни болести и на УНГ клиниката също са доволни. 85.71% от пациентите на кардиологията са доволни, 83.33% от пациентите на АГ клиниката са доволни, една втора от пациентите на кожното отделение и 33.33% от пациентите на урологията са доволни. Много доволни от първоначалния си преглед са 20% от пациентите на вътрешно отделение, 60% от пациентите на урологията и 14.29% от пациентите на кардиологията. 20% от пациентите на хирургията са недоволни. 16.67% от пациентите на АГ клиниката са нито доволни, нито недоволни. 20% от пациентите на УНГ също са нито доволни, нито недоволни и една втора от пациентите на кожното отделение са нито доволни нито недоволни.

Фиг. 54. Удовлетвореност на пациентите от първоначалния си преглед и назначеното лечение по отделения.



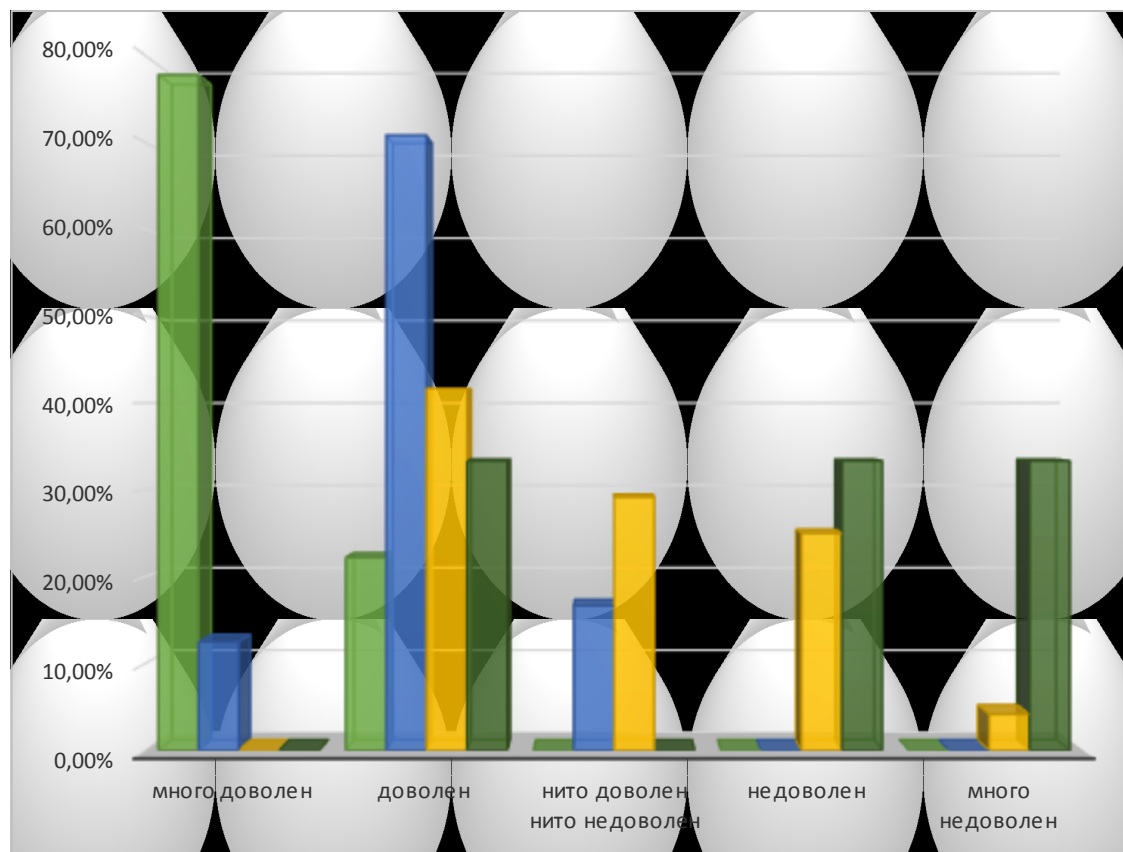
Сравнението на дружелюбността на медицинския персонал и удовлетвореността от първоначалния преглед е представена на фиг. 55. 53.85% от пациентите, които имат много добро мнение за дружелюбността на медицинския персонал, са също и много доволни от първоначалния си преглед, докато 46.15% са доволни от прегледа. 78.79%, които оценяват дружелюбността на медицинския персонал за добра, са доволни от първоначалния си преглед, 12.12% са много доволните и 9.09% са нито доволни, нито недоволни. 91.67% от пациентите с приемливо впечатление за дружелюбността на медицинския персонал са доволни от първоначалния си преглед, докато 8.33% са нито доволни, нито недоволни. 100% от пациентите, които нямат добро мнение за дружелюбността на медицинския персонал, изразяват недоволство от първоначалния си преглед. От резултатите изкрystalизира пропорционалната зависимост на дружелюбното отношение и високата удовлетвореност.

Фиг. 55. Сравнение на дружелюбността на медицинския персонал и удовлетвореността от първоначалния преглед.



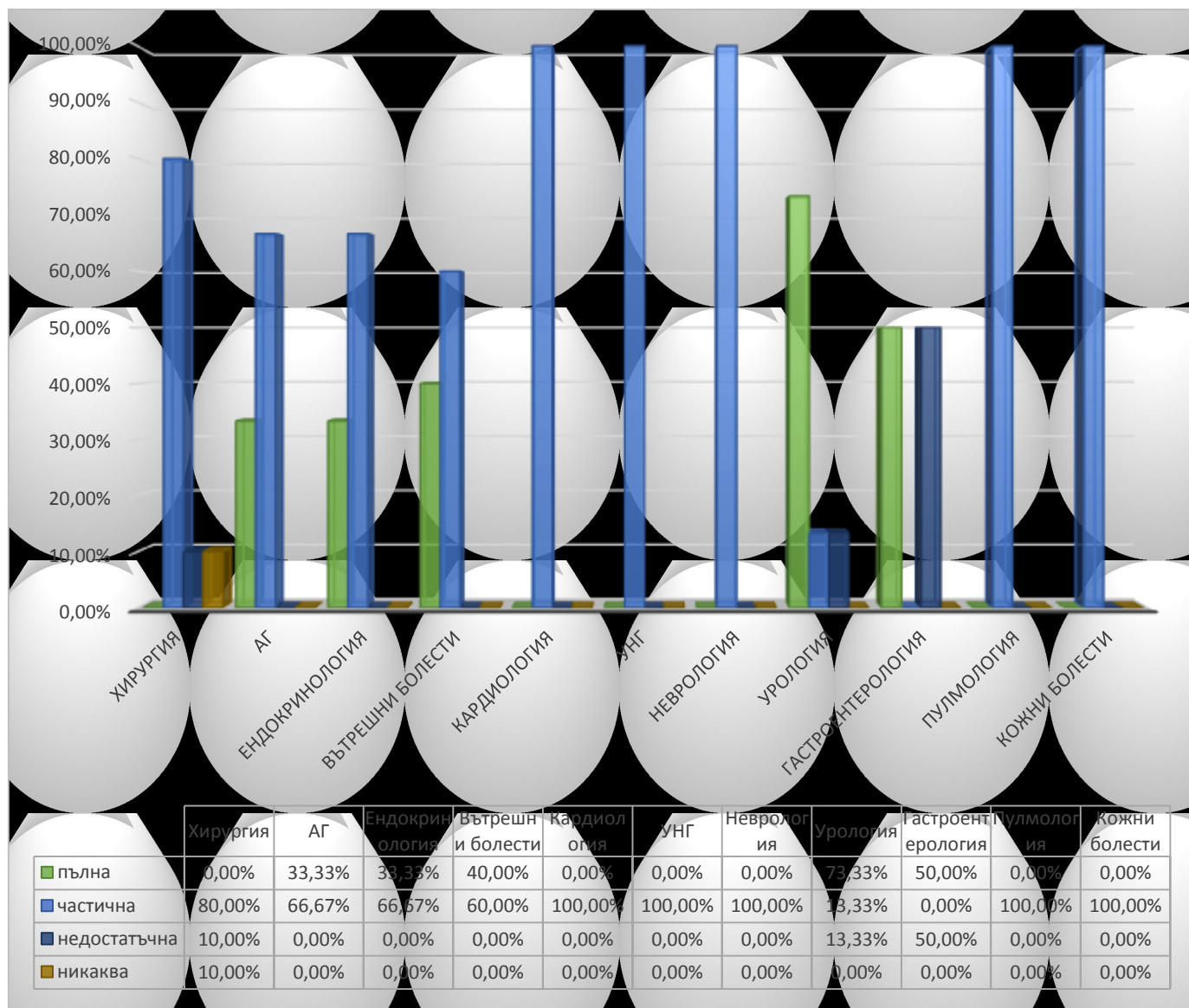
Респективно на фиг. 56 е разгледана оценката на пациентите за информацията, получена за протичането на сестринските грижи и удовлетвореността на пациента от сестринския персонал. 77.78% от пациентите, които са много доволни от получената информация за протичането на сестринските грижи са също така и много доволни от сестринския персонал, докато останалите 22.22% са просто доволни. 70.83% от пациентите, които смятат информацията за протичането на сестринските грижи като добра, са доволни от сестринския екип, 16.67% са нито доволни, нито недоволни и 12.5% са много доволни. 41.67% от пациентите, за които информацията е приемлива, са доволни от сестринския персонал, 29.17% са нито доволни, нито недоволни, 25% са недоволни и 4.17% са много недоволни. 33.33% от пациентите, за които информацията относно протичането на сестринските грижи е недостатъчна, са доволни от сестринския екип, 33.33% са недоволни и 33.33% са много недоволни.

Фиг. 56. Оценка на пациентите за информацията, получена за протичането на сестринските грижи съпоставена с удовлетвореността на пациента от сестринския персонал.



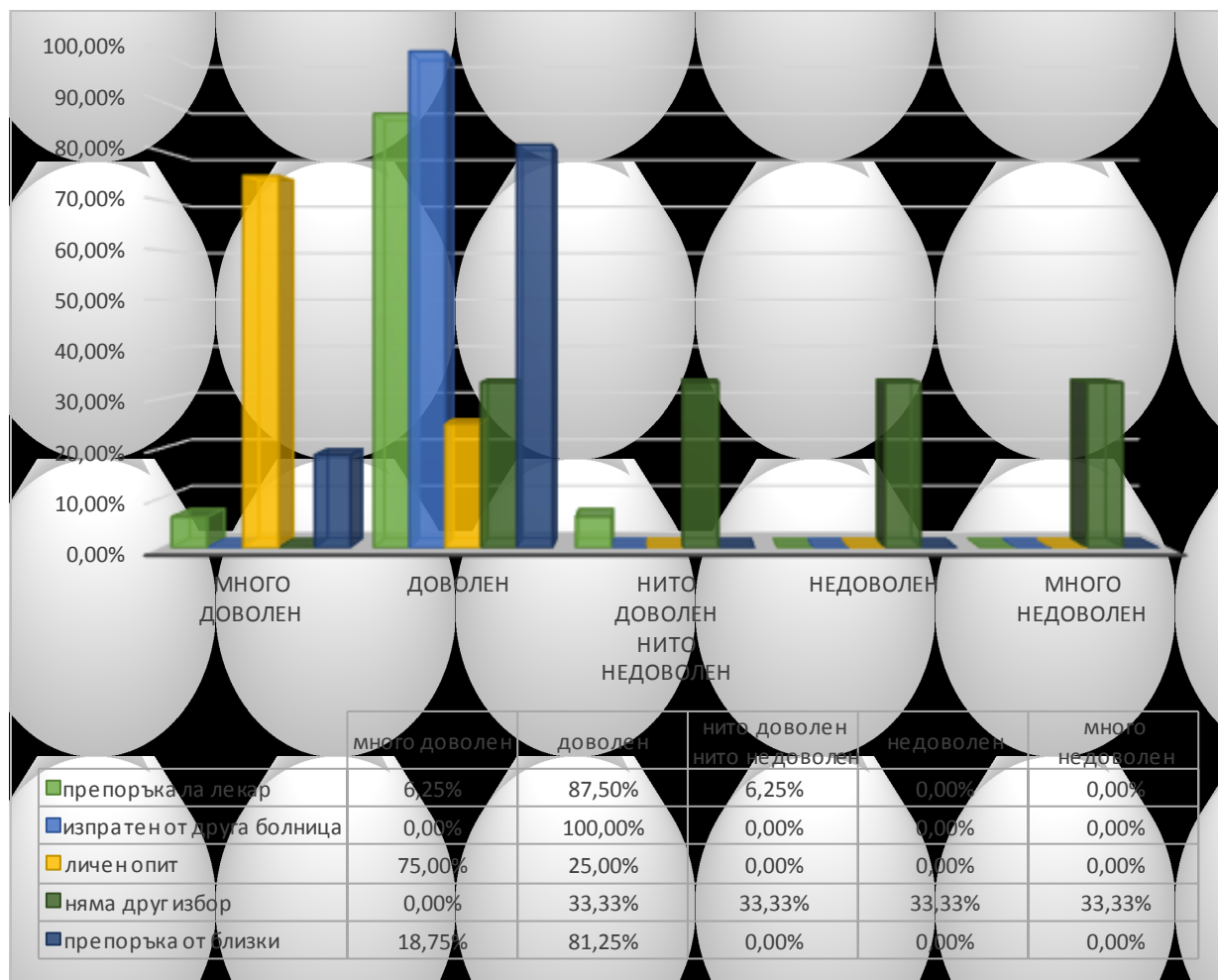
Как оценяват получената информация за процеса на провеждане на лечението по отделения е представено на следващата фигура. 100% от пациентите на кардиологията, на неврологията, на УНГ, на пулмологията и на кожното отделение са получили частична информация за процеса на провеждане на лечение. 80% от пациентите на хирургията са получили частична информация, 10% недостатъчна и 10% никаква. 66.67% от пациентите на АГ клиниката са имали частична информация и 33.33% пълна информация. Същото се отнася и за пациентите на ендокринологията. 60% от пациентите на вътрешно отделение са разполагали с частична информация и 40% с пълна информация. 73.33% от пациентите на урологията са получили пълна информация за процеса на провеждане на лечението, 13.33% частична и 13.33% недостатъчна. Една втора от пациентите на гастроентерологията са имали пълна информация и една втора са имали недостатъчна.

Фиг. 57. Оценка на получената информация за процеса на провеждане на лечението по отделения.



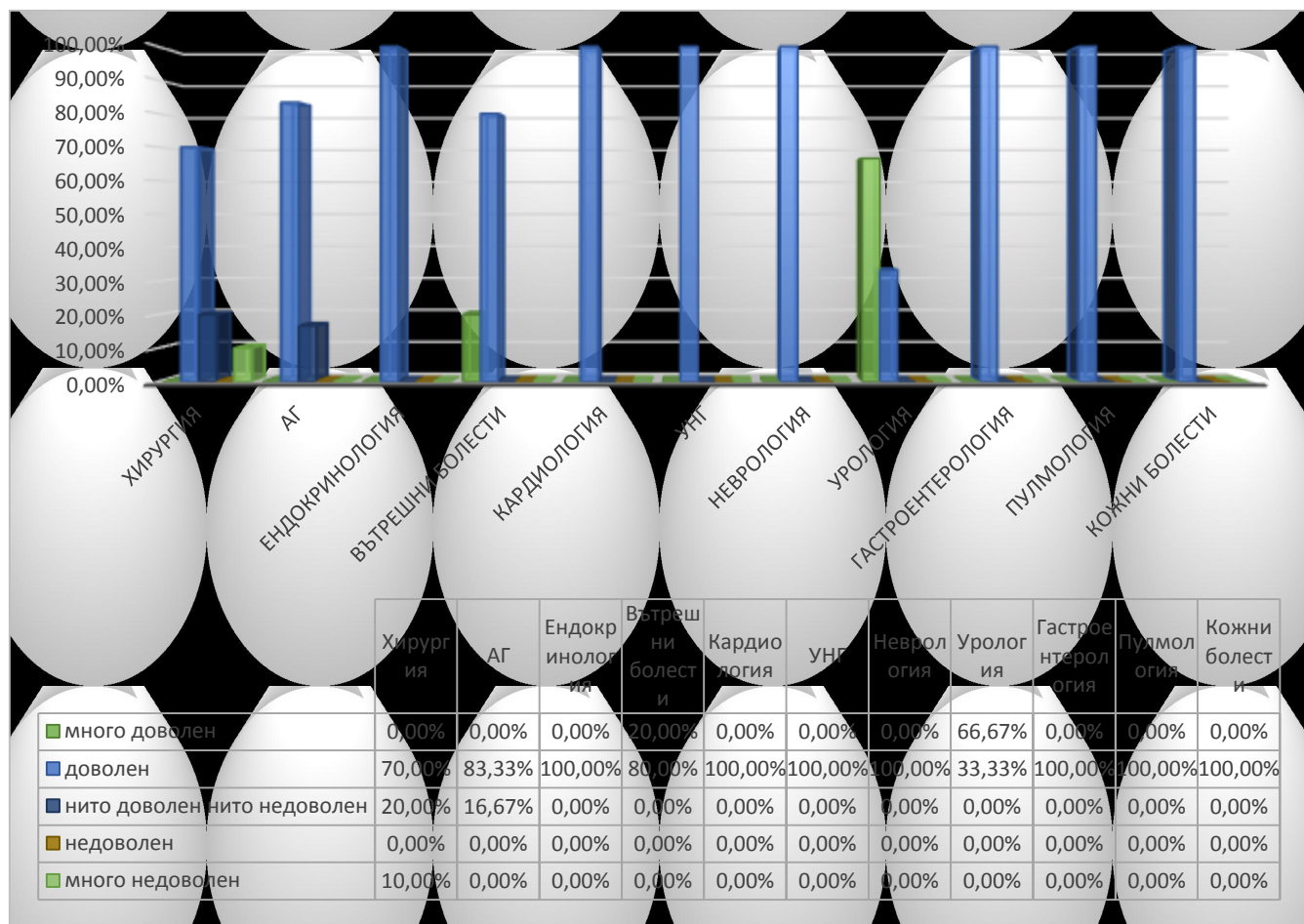
При сравняване на избора при постъпване в болницата и удовлетвореността на пациентите от проведеното лечение на тяхното заболяване получихме следните резултати: 87.5% от пациентите, които са постъпили в болницата след препоръка на личния си лекар, са доволни от проведеното лечение, 6.25% са много доволни и 6.25% са нито доволни, нито недоволни. 100% от пациентите, които са били изпратени от друга болница, са доволни от проведеното лечение. 75% от пациентите, които сами са избрали болницата от личен опит, са много доволни от лечението, останалите 25% са доволни. 33.33% от пациентите, които са нямали друг избор на болница, са доволни от лечението, 33.33% са нито доволни, нито недоволни и 33.33% са много недоволни. 81.25% от пациентите които са постъпили в болницата след препоръка на познати/близки са доволни от лечението, а другите 18.75% са много доволни.

Фиг. 58. Сравнение на избора при постъпване в болницата и удовлетвореността на пациентите от проведеното лечение.



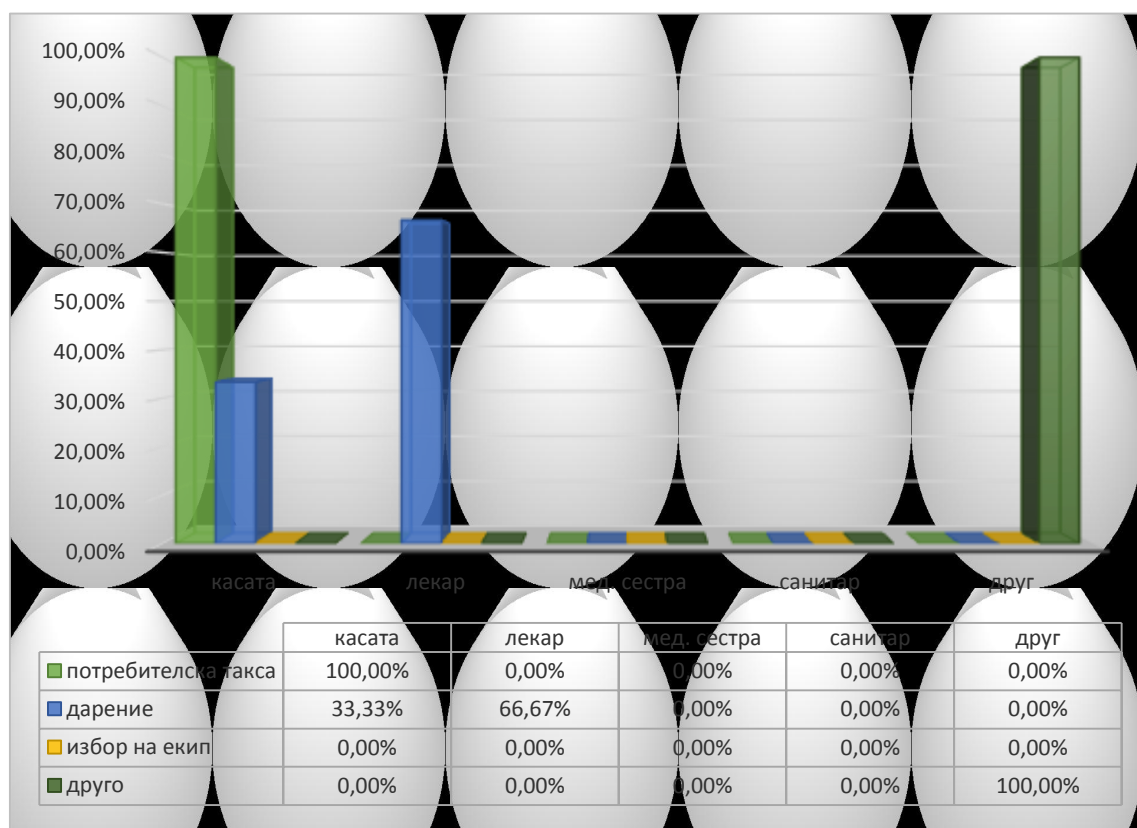
100% от пациентите на ендокринологията, на кардиологията, на УНГ клиниката, на гастроентерологията, на пулмологията и на кожното отделение са доволни от проведеното лечение на тяхното заболяване. 70% от пациентите на хирургията са доволни, 20% са нито доволни, нито недоволни и 10% са много недоволни. 83.33% от пациентите на АГ клиниката са доволни, другите 16.67% не могат да преценят. 80% от пациентите на вътрешно отделение са доволни и 20% са много доволни. 66.67% от пациентите на урологията са много доволни и 33.33% са доволни.

Фиг. 59. Удовлетвореност на пациентите от проведеното лечение по отделения.



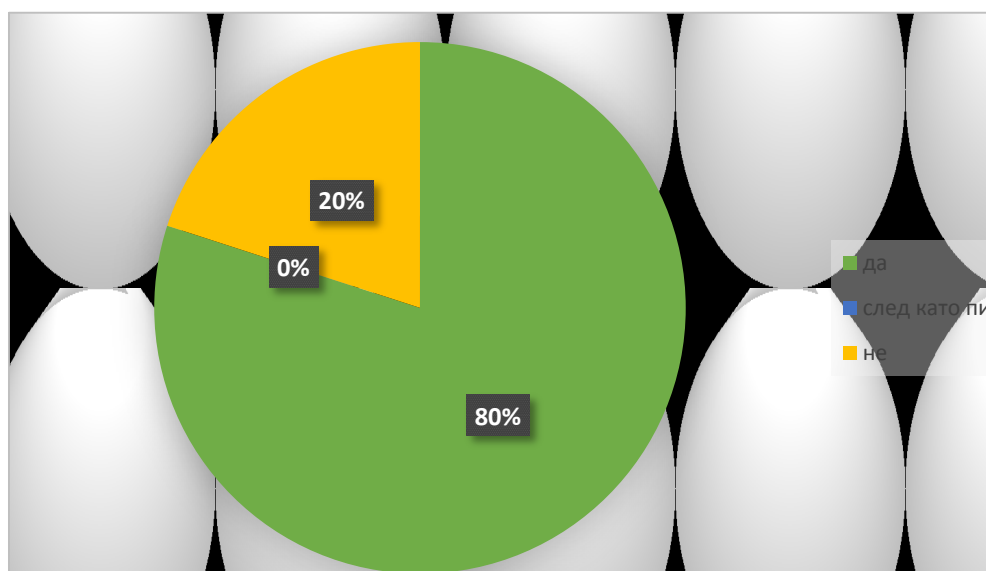
От гледна точка на заплащането за престоя на пациентите в болницата и начина на плащане получаваме следната информация: 100% от пациентите, които са заплатили потребителска такса, са платили на касата. 66.67% от пациентите, които са дали дарение на болницата, са заплатили на лекаря и 33.33% на касата. 100% от пациентите, които са освободени с ТЕЛК, не са заплатили нищо.

Фиг. 60. Съпоставяне на резултатите за заплащането за престоя на пациентите в болницата и начина на заплащането им.



Относно финансовия документ за платена сума в лечебното заведение, 80% от пациентите са получили такъв без да питат изрично. Останалите 20% от пациентите не са получили никакъв документ.

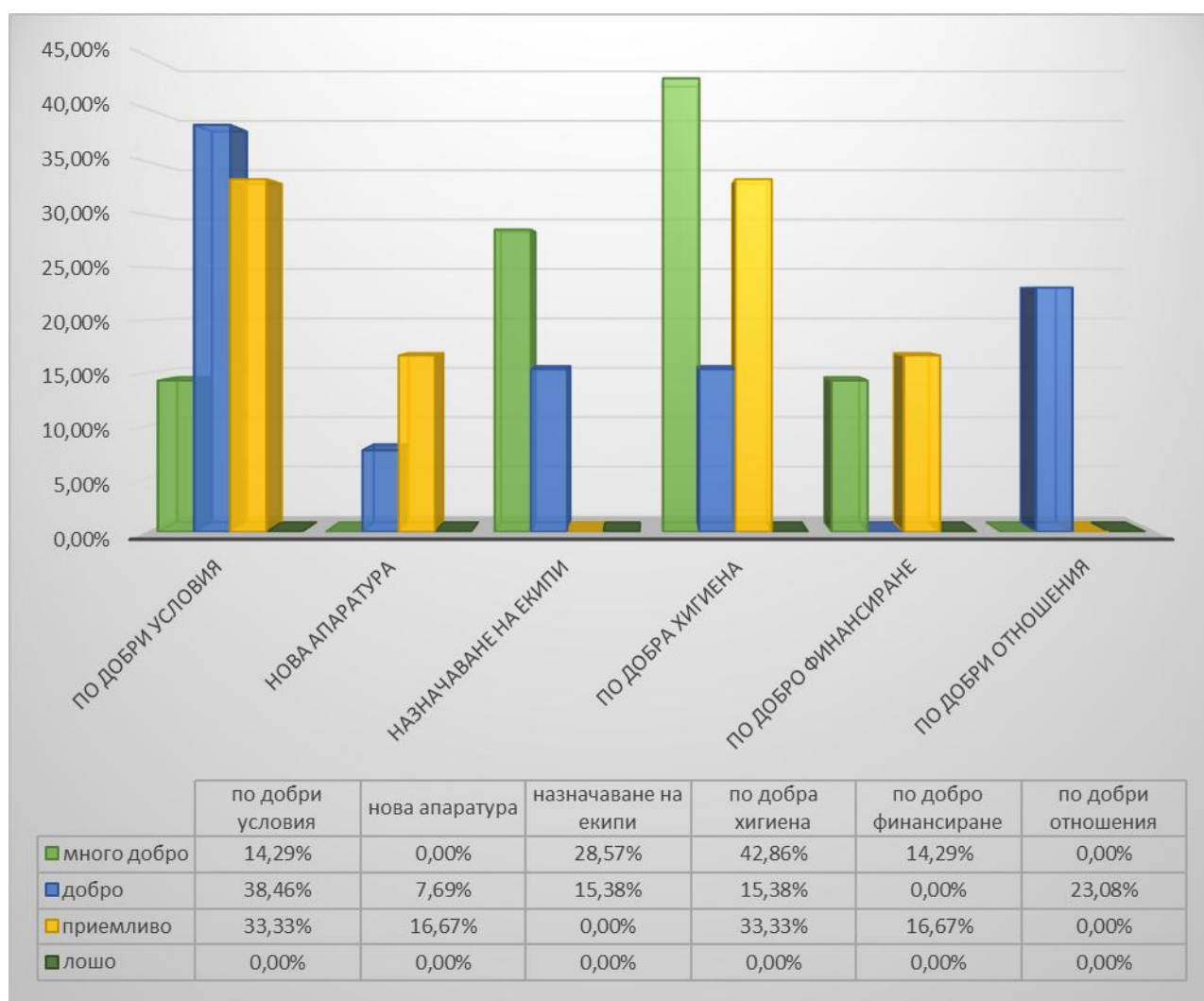
Фиг. 61. Получаване на финансов документ за платената сума от пациентите.



На следващата графика са изобразени резултатите от мнението на пациентите, оценили дружелюбността на служителите и дали препоръки към ръководството на болницата. От пациентите, които имат много добро впечатление за дружелюбността на служителите в болницата, 42.86% препоръчват

по добра хигиена, 28.87% назначаване на нови екипи, 14.29% по добри битови условия и 14.29% по добро финансиране на болницата. От пациентите, които имат добро впечатление за дружелюбостта на служителите в болницата, 38.46% препоръчват подобряване на битовите условия, 15.38% по добра хигиена и назначаване на нови екипи, 23.08% по-добро отношение към пациента и 7.69% обновяване на апаратурата в болницата. От пациентите, които имат приемливо впечатление за дружелюбостта на служителите в болницата, 33.33% искат по-добри битови условия и по-добра хигиена. 16.67% препоръчват по-добро финансиране на болницата и обновяване на апаратурата в болницата.

Фиг. 62. Препоръки на пациентите към ръководството на болницата, оценили дружелюбността на служителите.



Във връзка и съотнесено с Наредбата за проучване на удовлетвореността на пациентите от медицинските дейности, закупувани от НЗОК, проведената анкета сред хоспитализираните пациенти в V-та МБАЛ-София АД до голяма степен се припокрива с въпросника от Наредбата. Прави впечатление, че определени въпроси не се проверяват за истинността на отговорите на пациентите (напр.

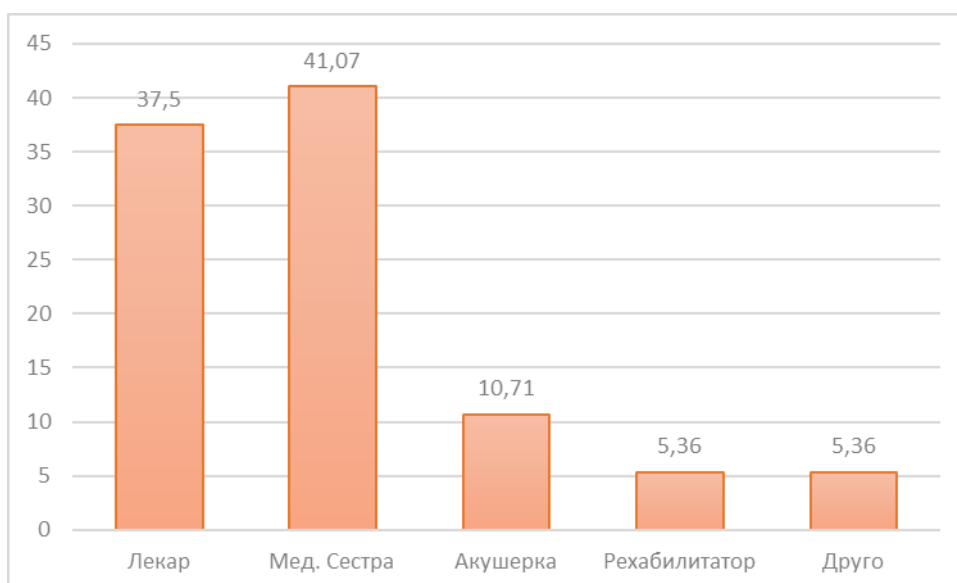
Местоживееене, D4). От друга страна Въпросникът не дава пълна яснота за удовлетвореността на пациентите. В него не са заложиени въпроси като качество на инфраструктурата, качество на храната, количество на храната, оценка на пациентите за нужда от допълнителни услуги и други. Наредбата се концентрира върху определени дейности, които се извършват от лекари – лични лекари, лекари специалисти, като липсва оценка на предоставяни услуги от другите медицински специалисти, работещи в лечебните заведения.

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

Проучването е проведено сред 280 медицински специалисти в V-та МБАЛ-София ЕАД. Анкетираният работят в различни отделния на болницата и имат пряко отношение към маркетинговите дейности и политика и изграждането на работеща маркетинг-мениджмънт стратегия. Те представляват основната група, която предоставя медицинските услуги на пациентите и са преносителите на маркетинговите стратегии и концепции на организацията.

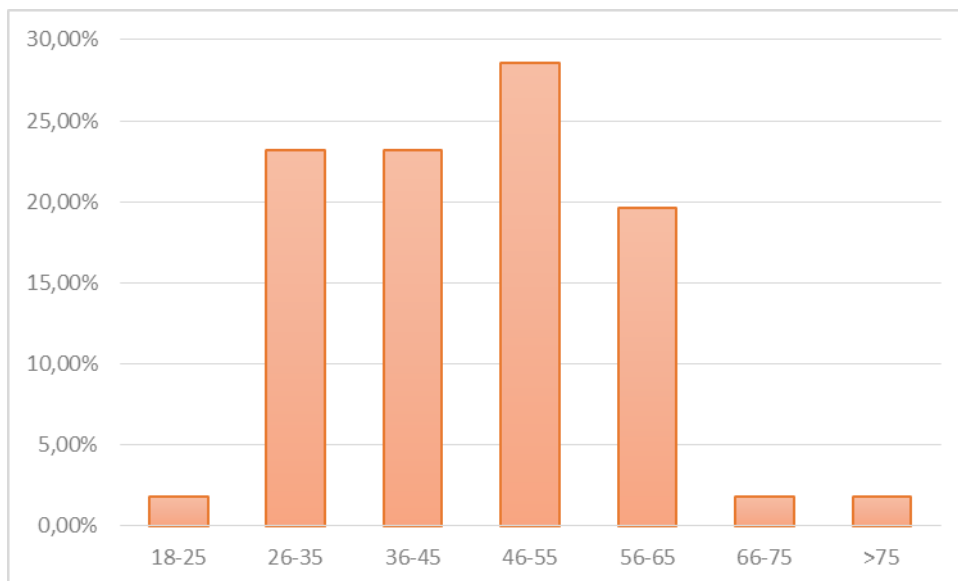
Анкетираният имат пряко отношение към проблематиката на дисертационния труд. Разпределението по професия на респондентите е следното: 41,07% от специалистите са медицински сестри, 37,5% са лекари, 10,71% са акушерки, 5,36% са рехабилитатори и също толкова дават отговор други.

Фиг. 63. Професия на анкетираният медицински специалисти.



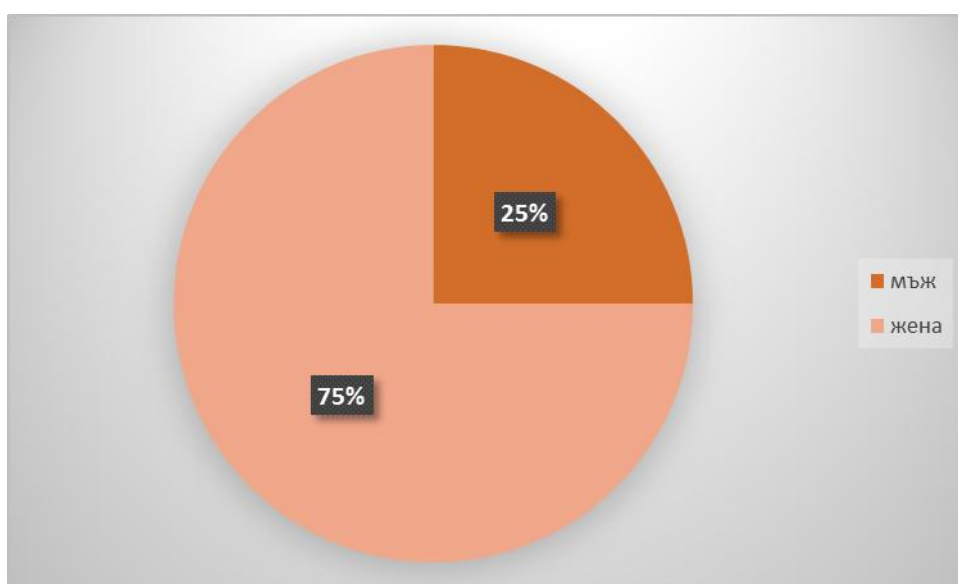
На следващата фигура са показани възрастовите категории на допитаните медицински специалисти. Според фигурата 28,57% са на възраст от 46-55 години, 23,21% са на възраст от 36-45 и на възраст от 26-35, 19,64% са на възраст от 56-65 години и по 1,79% са от 66-75 и над 75 години.

Фиг. 64. Разпределение по възрастови групи.



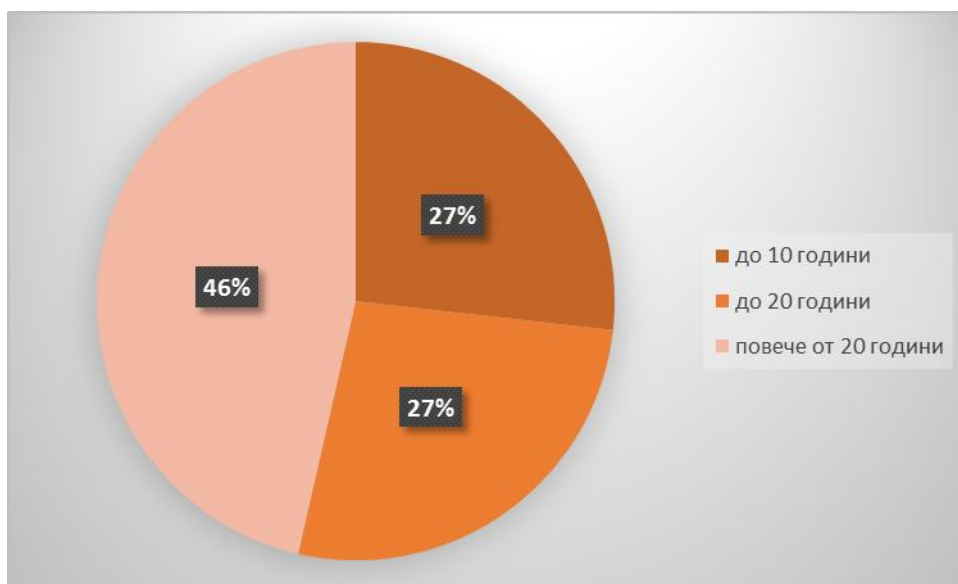
Относно половото разпределение наблюдаваме силна тенденция на анкетираните жени, 75%, и една четвърт мъже. Това се дължи на големия брой анкетираните медицински сестри.

Фиг. 65. Разпределение на медицинските служители по пол.



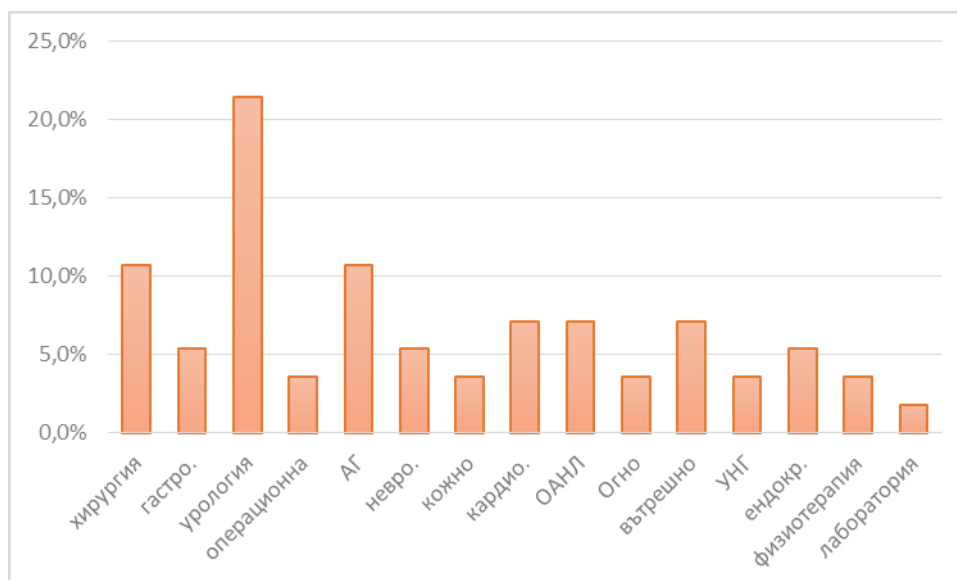
Професионалният стаж в здравеопазването на запитаните служители е показан на фиг. 66. 46% от медицинските специалисти са със стаж повече от 20 години, 27% със стаж до 20 години и 27% са със стаж до 10 години.

Фиг. 66. Професионален стаж в здравеопазването.



На фиг. 67 е показан относителният дял на работещите по отделения. 21.4% работят в урологията, 10.7 % работят в хирургията и в акушеро-гинекологичния блок, 7.1% работят в кардиологията, в отделението по анестезиология и интензивно лечение и във вътрешно отделение, 5.4% работят в гастроентерологията, в неврологията и ендокринологията. 3.6% работят в операционна зала, в кожно отделение, в онкологията, в УНГ и във физиотерапия. Останалите 1,8% са служители в лабораторията.

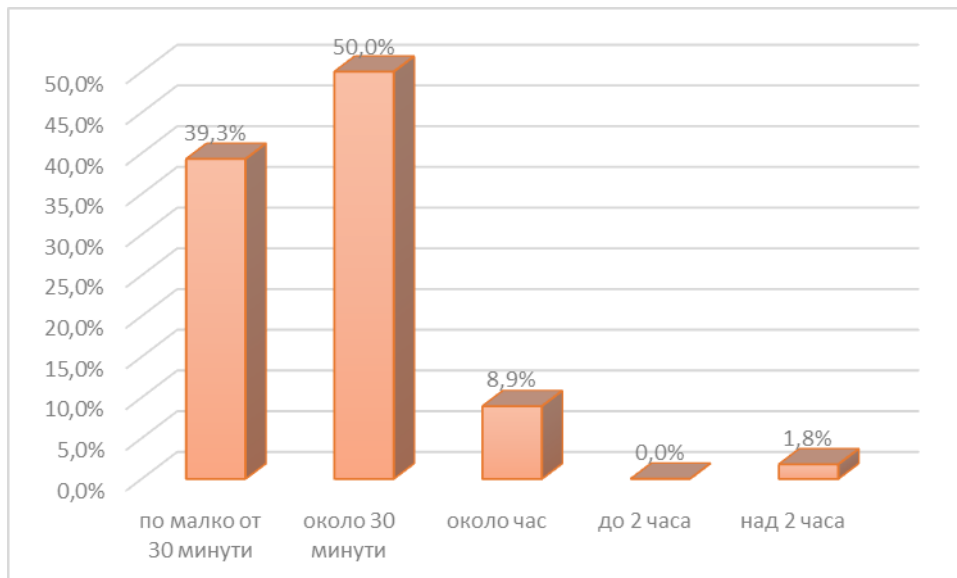
Фиг. 67. Разпределение на анкетираните медицински специалисти по заетост в отделенията на болницата.



Относно мнението на медицинските специалисти за времето, което се изисква за попълване на документи или за преглед на един пациент, една втора отговарят, че им трябва около 30 минути за един пациент, други 39.3% смятат, че по-малко от 30 минути са достатъчни, 8.9% преценяват за нужен около час за

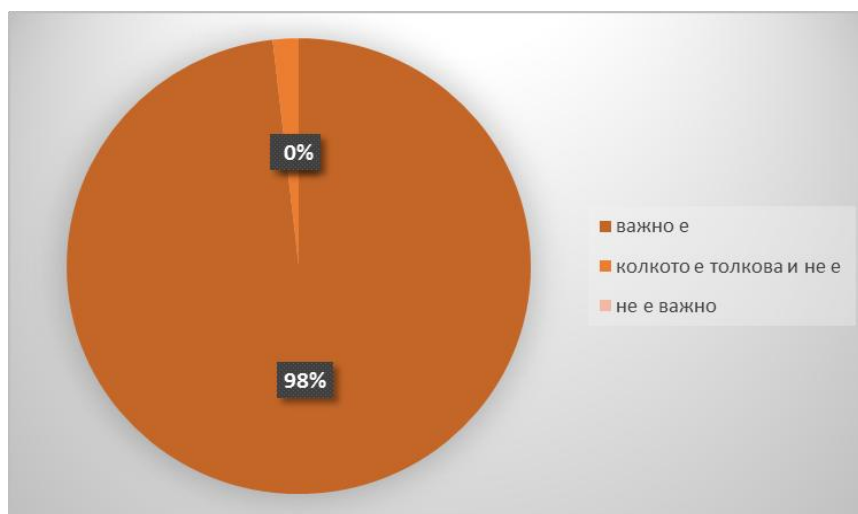
преглед на пациент и само 1.8% отговарят, че са нужни повече от два часа за преглед.(фиг. 68)

Фиг. 68. Необходимо време за преглед или попълване на документи от медицински специалисти.



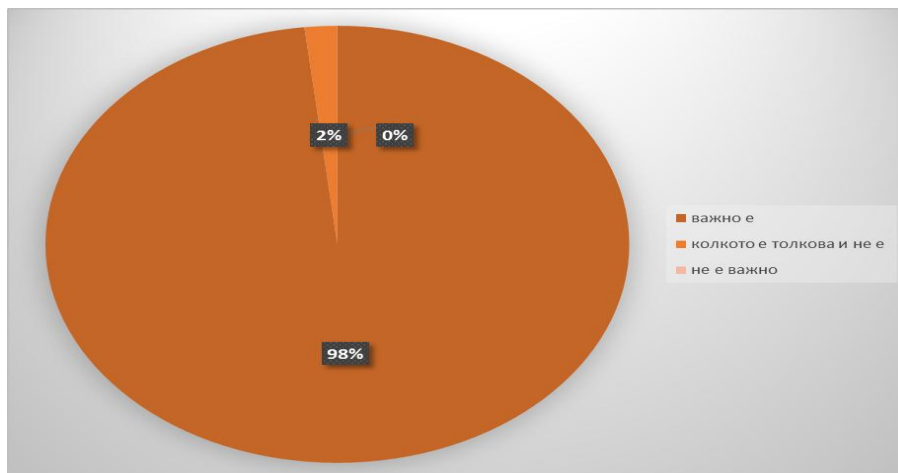
Според 98% от допитаните е важно да се информира пациента за вида на заболяването му, докато само 2% от специалистите допускат, че колкото е важно, толкова и не е.

Фиг. 69. Значение на информирането на пациента за вида на заболяването му.



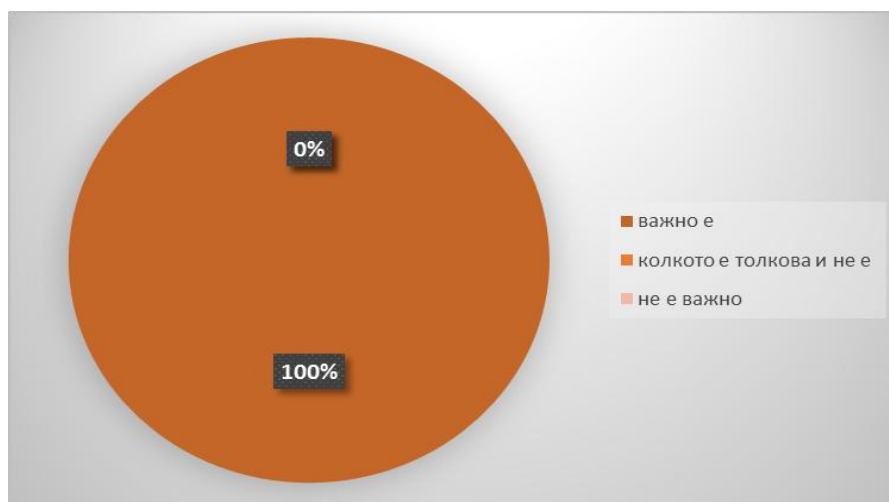
Относно въпроса към медицинските специалисти дали смятат за важно да се обяснят какви изследвания трябва да направи пациентът, отново 98% смятат, че е важно да се обясни и пациентът да е наясно с това, докато други 2% считат, че колкото е важно, толкова и не е.

Фиг. 70. Мнение на медицинските специалисти за значението на информирането на пациента за предстоящите изследвания.



При запитване на медицинските специалисти дали е важно според тях да се обясни на пациента какви са рисковете, какво лечение се налага и какви са възможните алтернативи, 100% от специалистите заявяват, че е важно пациентът да бъде информиран за това.

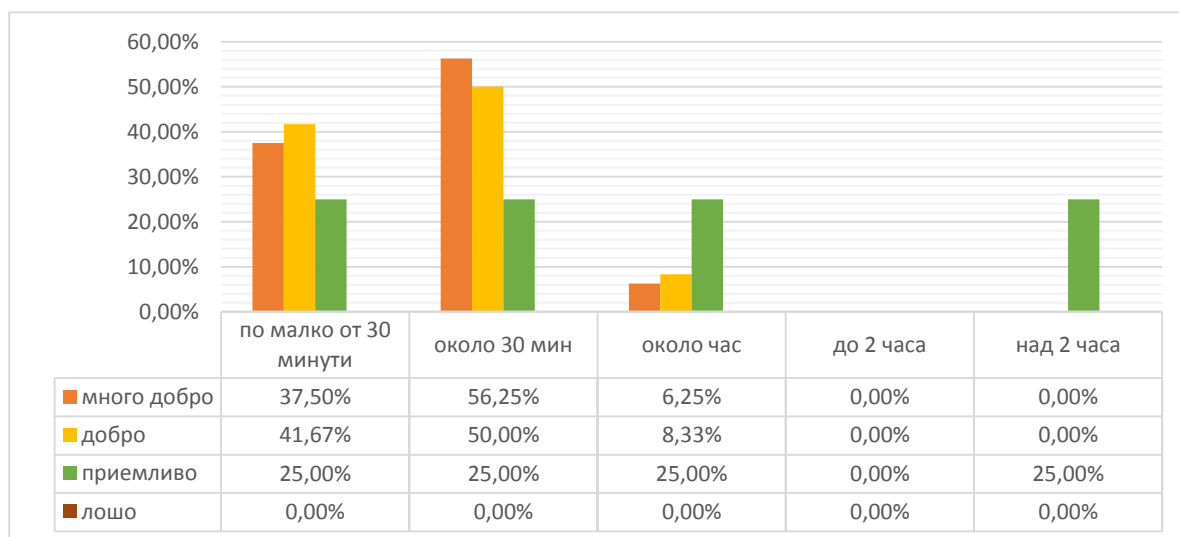
Фиг. 71. Значение на предоставянето на информация относно рисковете, лечението и възможните алтернативи.



При сравнението на мнението на работещите в болницата относно оценката на съдействието при попълване на документи за прием в болницата и времето, необходимо за преглед или оформяне на документи представяме резултатите на фиг. 72: 56.25% от специалистите, които оценяват съдействието като много добро, смятат, че необходимото време за преглед е 30 минути, 37.5% намират по-малко от 30 минути за достатъчни и 6.25% около час. 50% от респондентите, които оценяват съдействието като добро, смятат необходимото време за преглед за 30 минути, 41.67% от специалистите смятат за необходимо време за преглед по-малко от 30 минути и 8.33% имат нужда от около час. 25% от тези, които

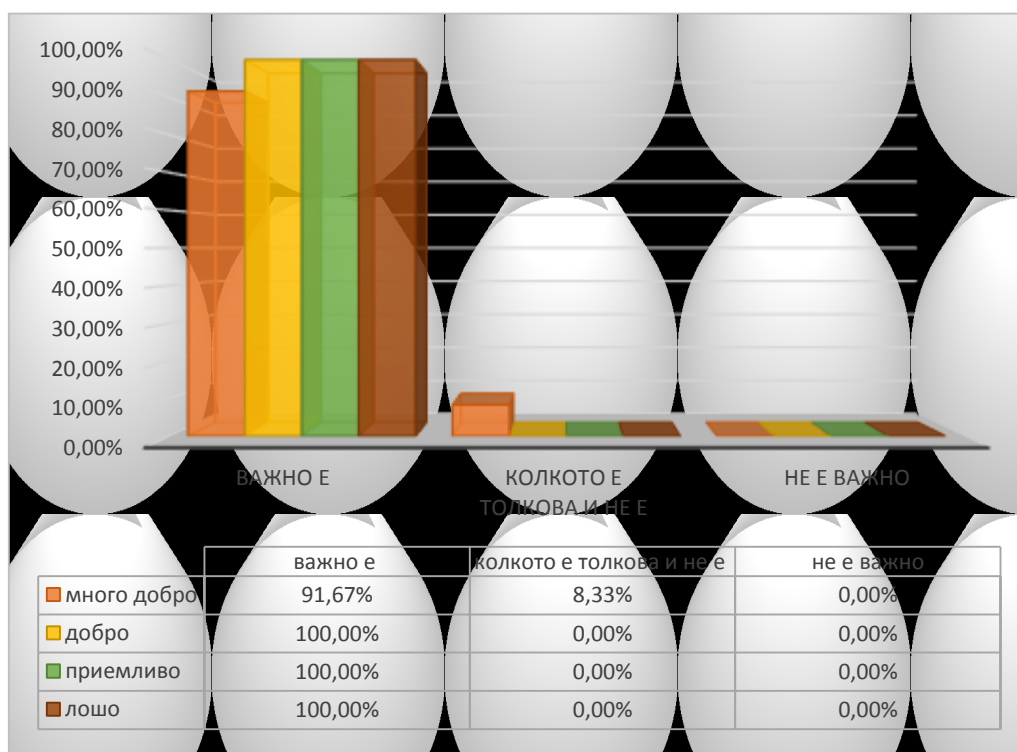
оценяват съдействието като приемливо, смятат необходимото време за преглед за по-малко от 30 минути, други 25% искат около 30 минути, 25% - около час и други 25% повече от 2 часа.

Фиг. 72. Сравнение мнението на анкетираниите медицински специалисти относно оценката на съдействието при попълване на документи за прием в болницата и времето, необходимо за преглед или оформяне на документи.



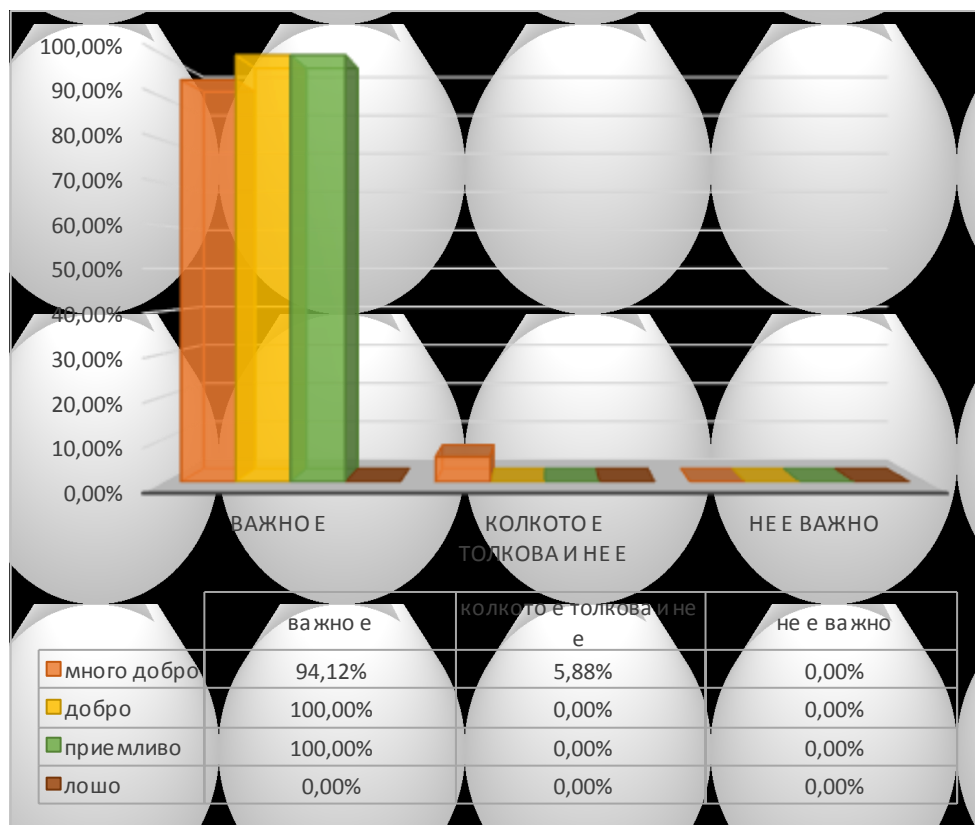
На следващата графика (фиг. 73) е показана съпоставката на въпросите, които оценяват собствените си грижи, свързани с информирането на пациентите за протичането на дневните манипулации като визитация, свиждания, изследвания и други и важността на информирането на пациентите за вида на заболяването им. 91.67% от специалистите, които оценяват информацията, дадена за протичането на дневните манипулации като много добра, смятат за важно пациента да бъде информиран за вида на заболяването му, и 8.33% смятат че колкото важно е, толкова и не е. 100% от специалистите, които оценяват информацията дадена за протичането на дневните манипулации като добра, смятат за важно пациентът да бъде информиран за вида на заболяването му. 100% от специалистите, които оценяват информацията дадена за протичането на дневните манипулации като приемлива, смятат за важно пациентът да бъде информиран за вида на заболяването му. 100% от специалистите, които оценяват информацията дадена за протичането на дневните манипулации като лоша, смятат за важно пациентът да бъде информиран за вида на заболяването му.

Фиг. 73. Съпоставка на оценката на специалистите относно грижите, свързани с информирането на пациентите за протичането на дневните манипулации като визитация, свиждания, изследвания и други и важността на информирането на пациентите за вида на заболяването им.



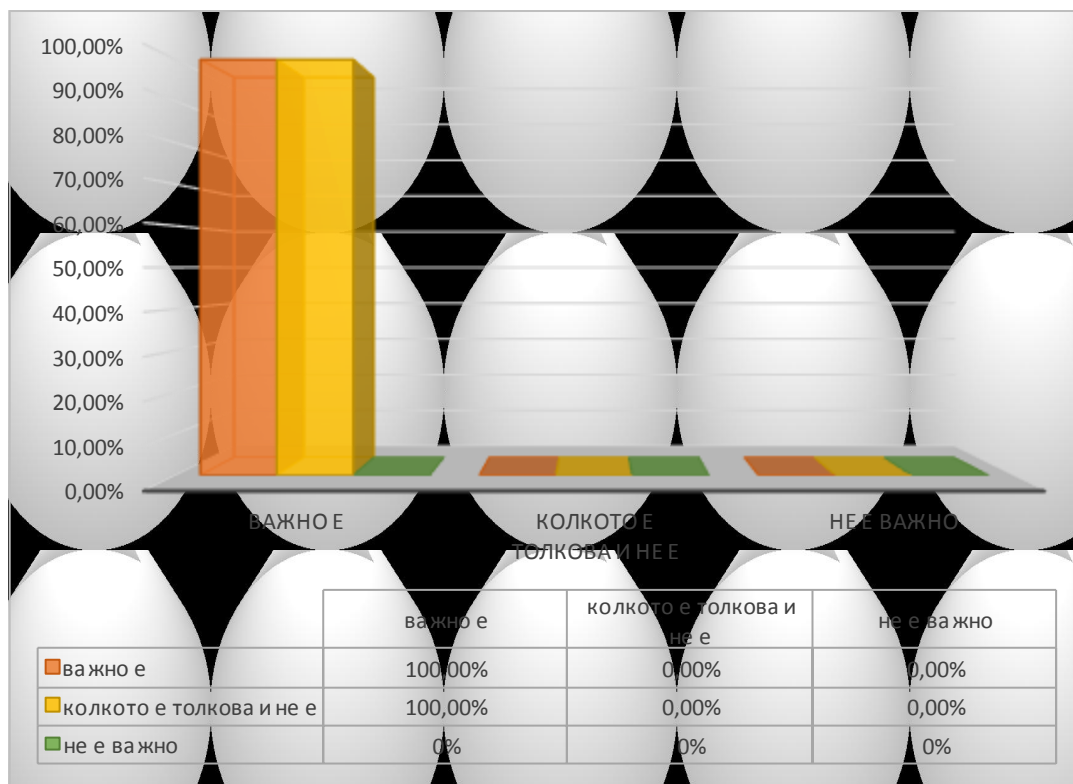
При сравнение на оценката за сестринските грижи и нуждата да се информира пациентът за вида на заболяването му, 94.12% от специалистите, които оценяват сестринските грижи като много добри, смятат за важно пациентът да бъде информиран за вида на заболяването му, другите 5.88% не могат да преценят. 100% от специалистите, които оценяват сестринските грижи като добри, смятат за важно пациентът да бъде информиран за вида на заболяването му. 100% от специалистите, които оценяват сестринските грижи като приемливи, смятат за важно пациентът да бъде информиран за вида на заболяването му.

Фиг. 74. Сравнение на оценката за сестринските грижи и нуждата да се информира пациентът за вида на заболяването му.



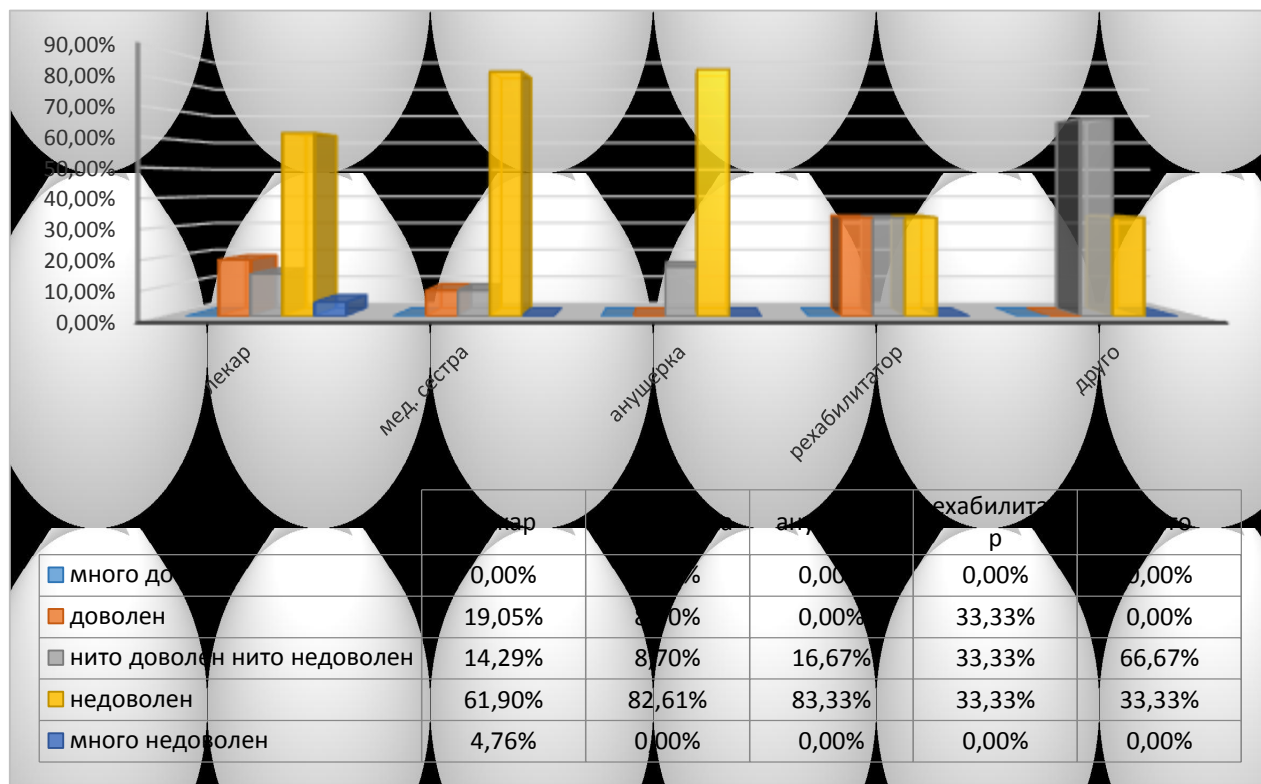
При противопоставяне на въпросите относно важноста от обясняване на пациента какви изследвания са нужни и значимостта от обяснение на рисковете и лечението, което се налага, 100% от специалистите, които смятат за важно да се обясни на пациента какви изследвания трябва да направи, смятат също така за важно и да му се обяснят рисковете и лечението. 100% от специалистите, които не могат да преценят стойността да се обясни на пациента какви изследвания трябва да направи, смятат за важно да му се обяснят рисковете и лечението.

Фиг. 75. Необходимост от обясняване на пациента какви изследвания трябва са нужни и значимостта от обяснение на рисковете и лечението, което се налага.



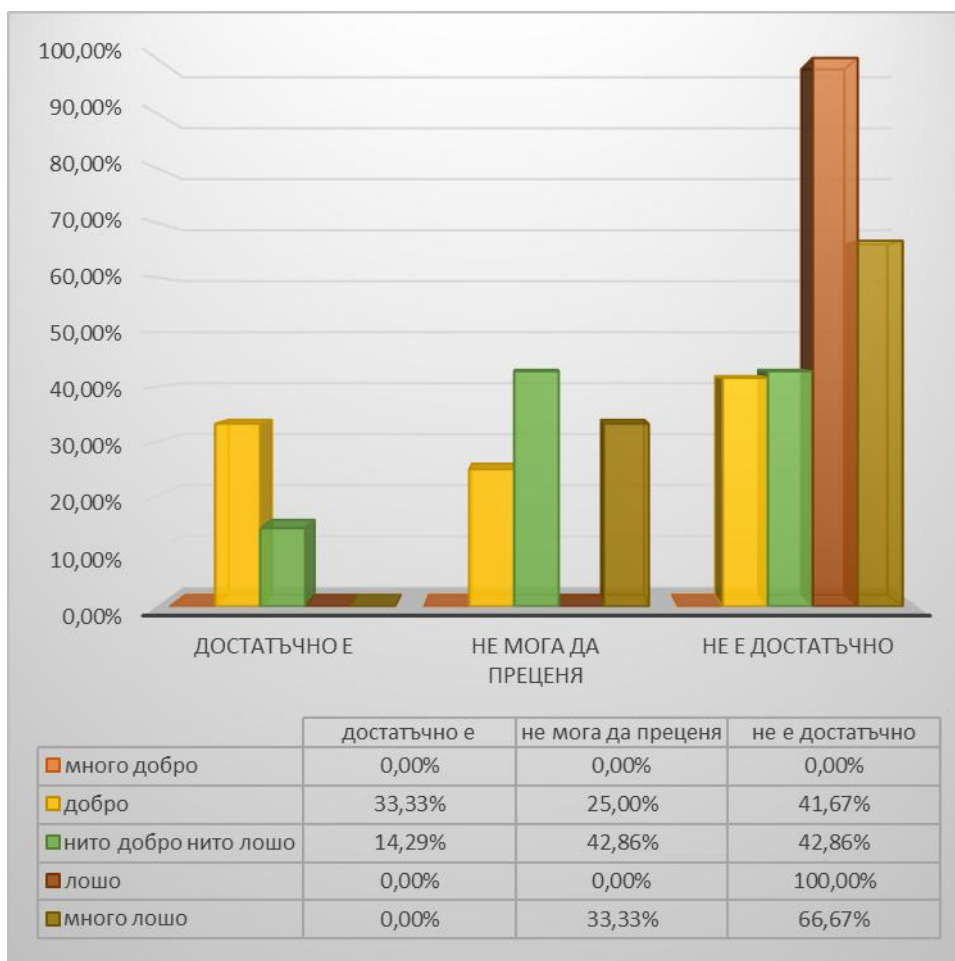
Според проучването, 61.9% от лекарите са недоволни от оборудването на болницата, 19.05% са доволни, 14.29% са нито доволни, нито недоволни и 4.76% са много недоволни. От страна на медицинските сестри, 82.61% са недоволни от оборудването на болницата, 8.7% са нито доволни, нито недоволни и 8.7% са доволни. От гледна точка на акушерките, 83.33% са недоволни и 16.67% не могат да преценят. От странна на рехабилитаторите една трета са доволни, също толкова са нито доволни, нито недоволни и 33.33% са недоволни. При другите медицински специалисти, две трети са нито доволни, нито недоволни и една трета са недоволни.

Фиг. 76. Удовлетвореност от оборудването на болницата по професии.



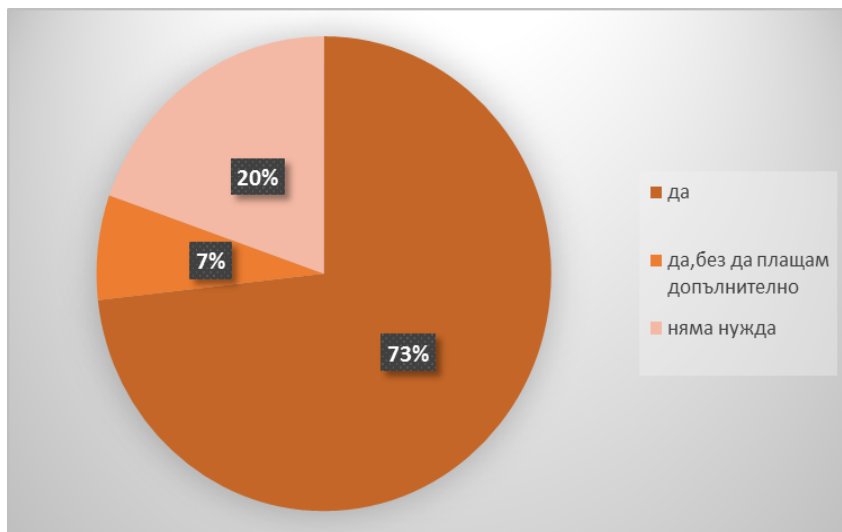
Съпоставката на мнението на медицинските специалисти относно качеството и количеството на храната в болницата по време на продължителността на лечение е представена на фиг. 77. 41.67% от специалисти, които смятат качеството на храната за добро, намират количеството храна за недостатъчно, една трета намират количеството за достатъчно и 25% не могат да преценят. 42.86% от специалистите, които намират качеството на храна за нито добро, нито лошо, смятат количеството за недостатъчно или не могат да преценят, а останалите 14.29% намират количеството за достатъчно. 100% от специалистите, на мнение, че качеството на храната в болницата е лошо, намират количеството храна за недостатъчно. Две трети от специалисти, намиращи качеството на храна за много лошо, смятат количеството за недостатъчно и една трета не могат да преценят.

Фиг. 77. Съпоставка на мнението на медицинските специалисти относно качеството и количеството на храната в болницата по време на продължителността на лечение.



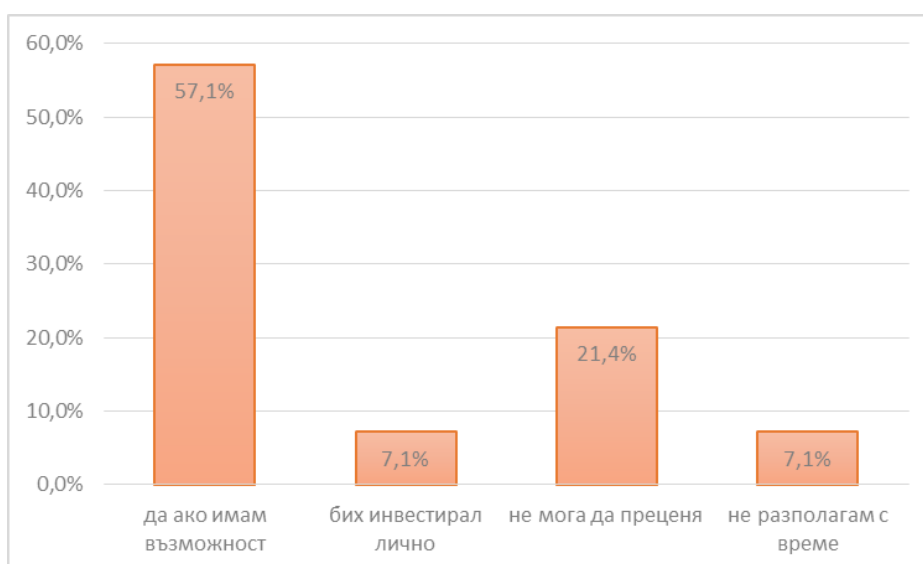
На фиг. 78 са показани резултатите от запиването относно предлагане на допълнителна организирана услуга, а именно обслужване по домовете за пациентите при допълнително заплащане. Според 73% има такава нужда и пациентите биха се възползвали от нея. 20% смятат, че пациентите биха се възползвали от това ако не заплащат допълнително и 7 % не я смятат за нужна.

Фиг. 78. Нужда от предлагане на услуга за допълнително обслужване по домовете за пациентите при допълнително заплащане.



От медицинските специалисти, които бяха допитани дали биха преминали допълнително обучение за специфичните грижи при медицинския патронаж в домашни условия, 57.1% отговарят положително ако имат предоставена възможност от организацията, 21.4% не могат да преценят и 7.1% не разполагат с времето за това или нямат интерес за допълнителна квалификация.

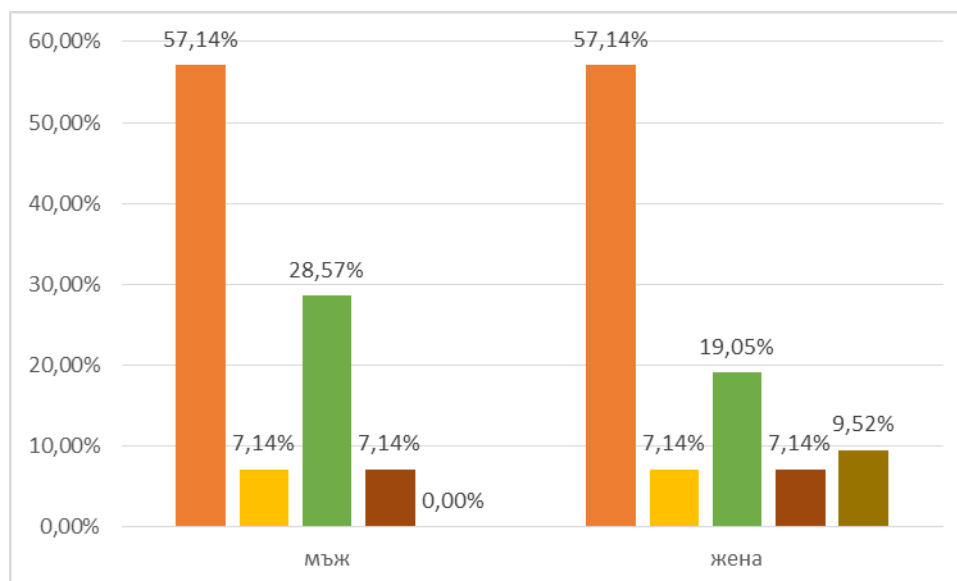
Фиг. 79. Готовност за преминаване на допълнително обучение за специфични грижи в дома.



При съпоставката на половото разпределение и готовността за преминаване на допълнително обучение за специфични грижи по домовете, при мъжете специалисти имаме следните данни: 57.14% биха преминали допълнително обучение ако имат предоставена възможност, 28.57% не могат да преценят, 7.14%

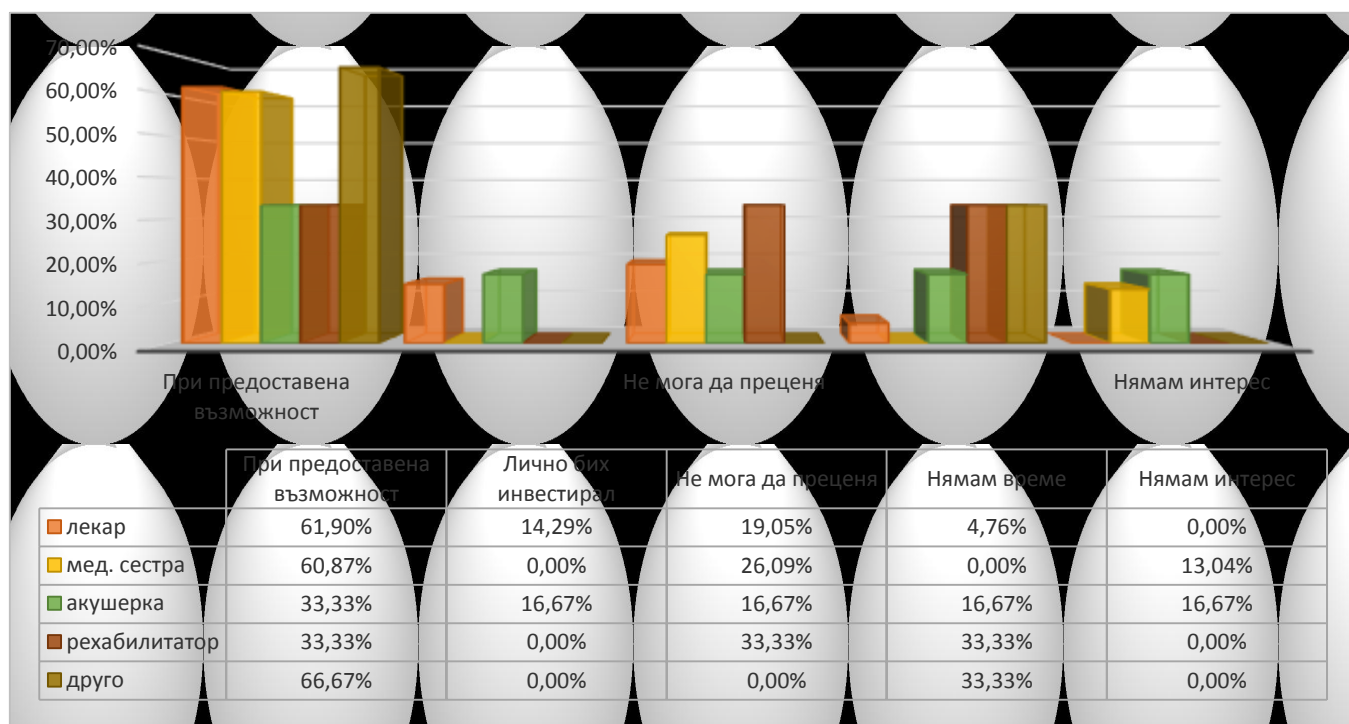
биха се съгласили да инвестират в това лично, 7.14% не разполагат с време за това. От страна на жените медицински специалисти 57.14% биха преминали допълнително обучение ако имат предоставена възможност, 19.05% не могат да преценят, 9.52% нямат интерес от допълнителна квалификация, 7.14% не разполагат време за това и 7.14% биха се съгласили да инвестират в това лично.

Фиг. 80. Разпределение на медицинските специалисти по пол за готовността за преминаване на допълнително обучение за специфични грижи по домовете.



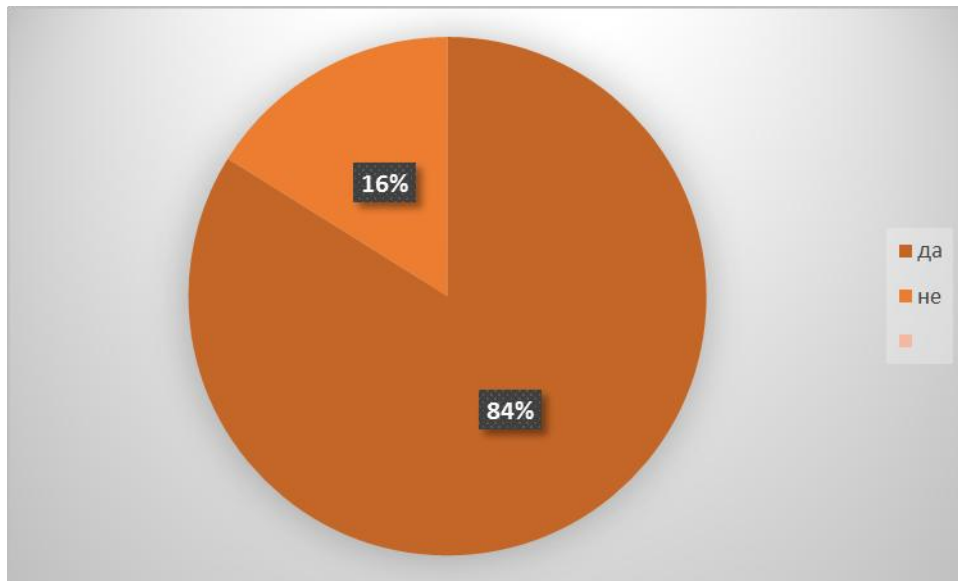
На следващата графика са представени резултатите от сравнението на готовността за преминаване на допълнително обучение за специфичните грижи при медицинския патронаж в домашни условия по професии. От страна на лекарите 61.9% биха преминали допълнително обучение ако имат предоставена възможност от организацията, 19.05% не могат да преценят, 14.29% биха инвестирали в това лично и 4.76% не разполагат с време за това. От медицинските сестри 60.87% биха преминали допълнително обучение ако имат предоставена възможност от организацията, 26.09% не могат да преценят и 13.04% нямат интерес от допълнителна квалификация. Една трета от акушерките биха преминали допълнително обучение ако имат предоставена възможност от организацията, по 16.67% от анкетираните с тази професия не могат да преценят, не разполагат с време за това и нямат интерес от допълнителна квалификация, и също толкова биха инвестирали в това лично. При другите специалисти две трети биха преминали допълнително обучение ако имат предоставена възможност от организацията и другата една трета не разполагат с времето за това.

Фиг. 81. Сравнение на готовността за преминаване на допълнително обучение за специфични грижи при медицинския патронаж в домашни условия по професии.



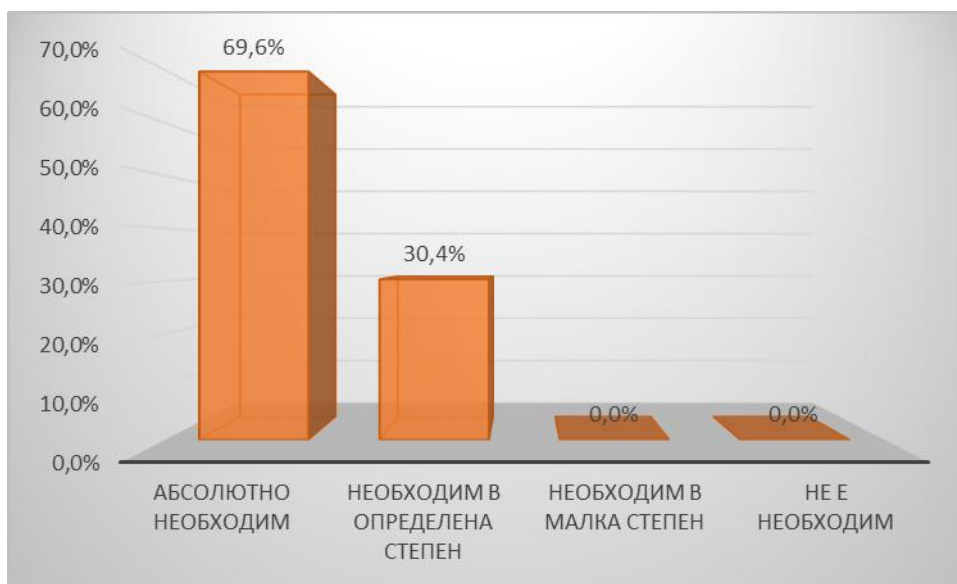
Следващите фигури представят резултатите от проучването, които засягат маркетинговите дейности и запознатостта на служителите с целите му и изпълнението в болницата. Мнението на специалистите от какво значение е болницата да се рекламира по средствата за масова информация, 84% от тях заявяват, че е добре да има такава маркетингова активност, докато други 16% мислят обратното.

Фиг. 82. Значение на рекламирането на болницата по средствата за масова информация.



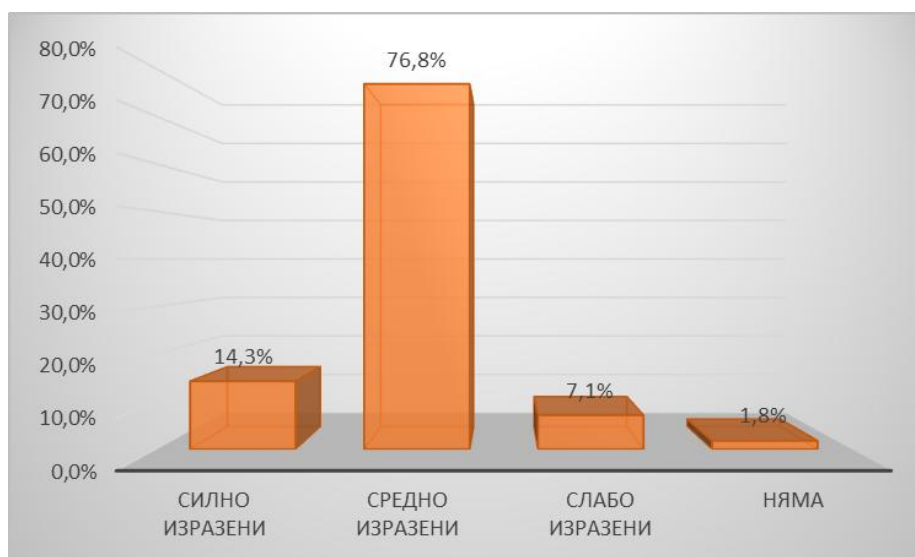
Мнението на медицинските специалисти доколко е необходим маркетингов подход в управлението на една болница се вижда на фиг. 83. 69.6% смятат, че е абсолютно необходимо да има маркетингов подход, докато останалите 30.4% смятат, че е необходим в определена степен.

Фиг. 83. Необходимост от маркетингов подход в управлението на болницата.



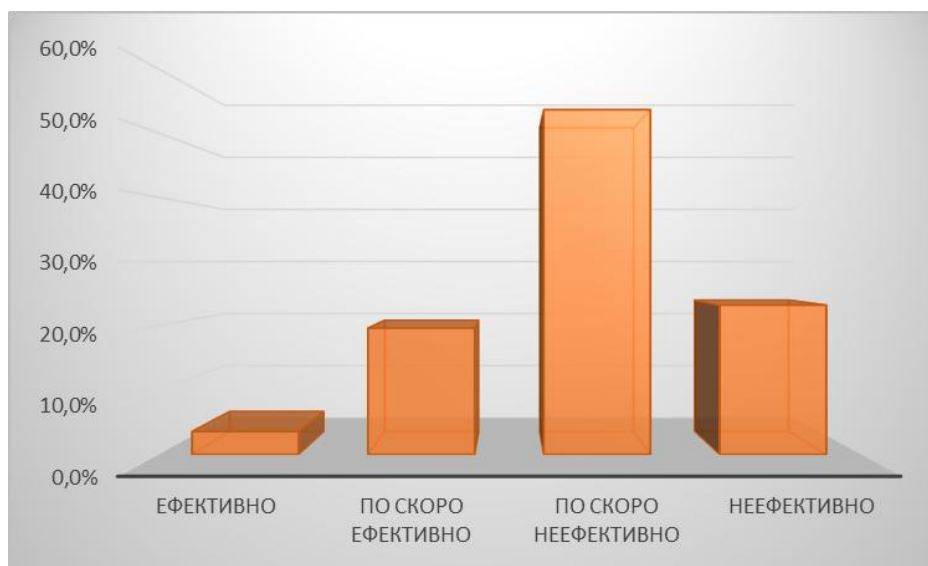
Трудностите при използване на маркетинговите инструменти в болничния сектор в България са оценени от почти 80% като средно изразени, други 14,3% смятат, че има силно изразени проблеми при прилагането им, докато само 1,8% не намират никакви проблеми при използването на маркетинга в болничния сектор.

Фиг. 84. Оценка на трудностите при използване на маркетинговите инструменти в болничния сектор в България.



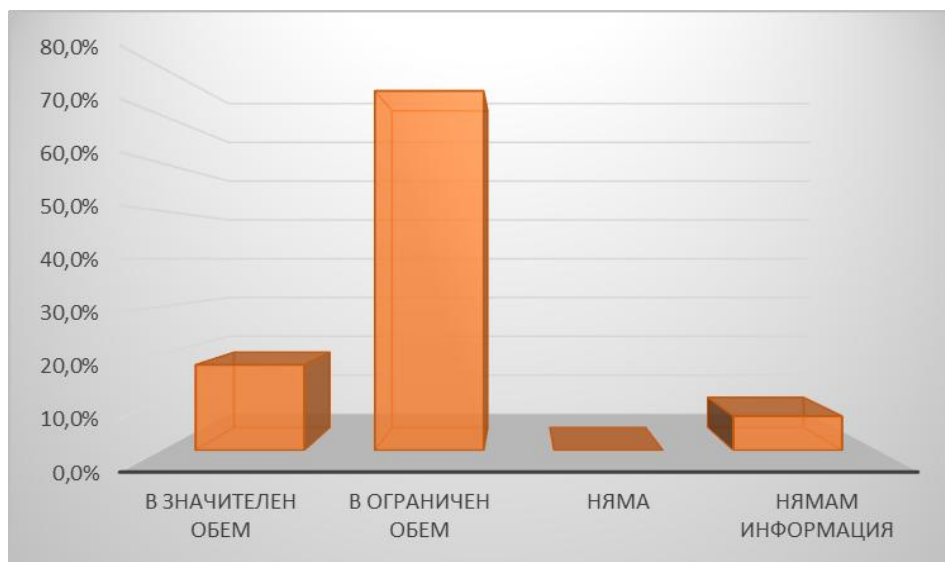
На въпроса доколко ефективно се използват възможностите на маркетинга в дейността на болницата, една втора от тях споделят, че по-скоро е неефективно, 23,3% го оценяват като неефективно, около 19,6% по-скоро ефективно и само 3,6% смятат, че ефективно се използват възможностите на маркетинга.

Фиг. 85. Оценка на ефективността при използване на възможностите на маркетинга в болницата.



Главна цел на маркетинговия подход е разпознаването на неудовлетворените потребности на клиентите/ пациентите в конкретната организация. По този въпрос медицинските специалисти (17,9%) смятат, че има такива неудовлетворени потребности от медицинска помощ, които понастоящем не са обект на тяхната дейност в значителен обем. 75% отговарят, че има и те са в ограничен обем. Други 7,1% не разполагат с информация и не могат да преценят.

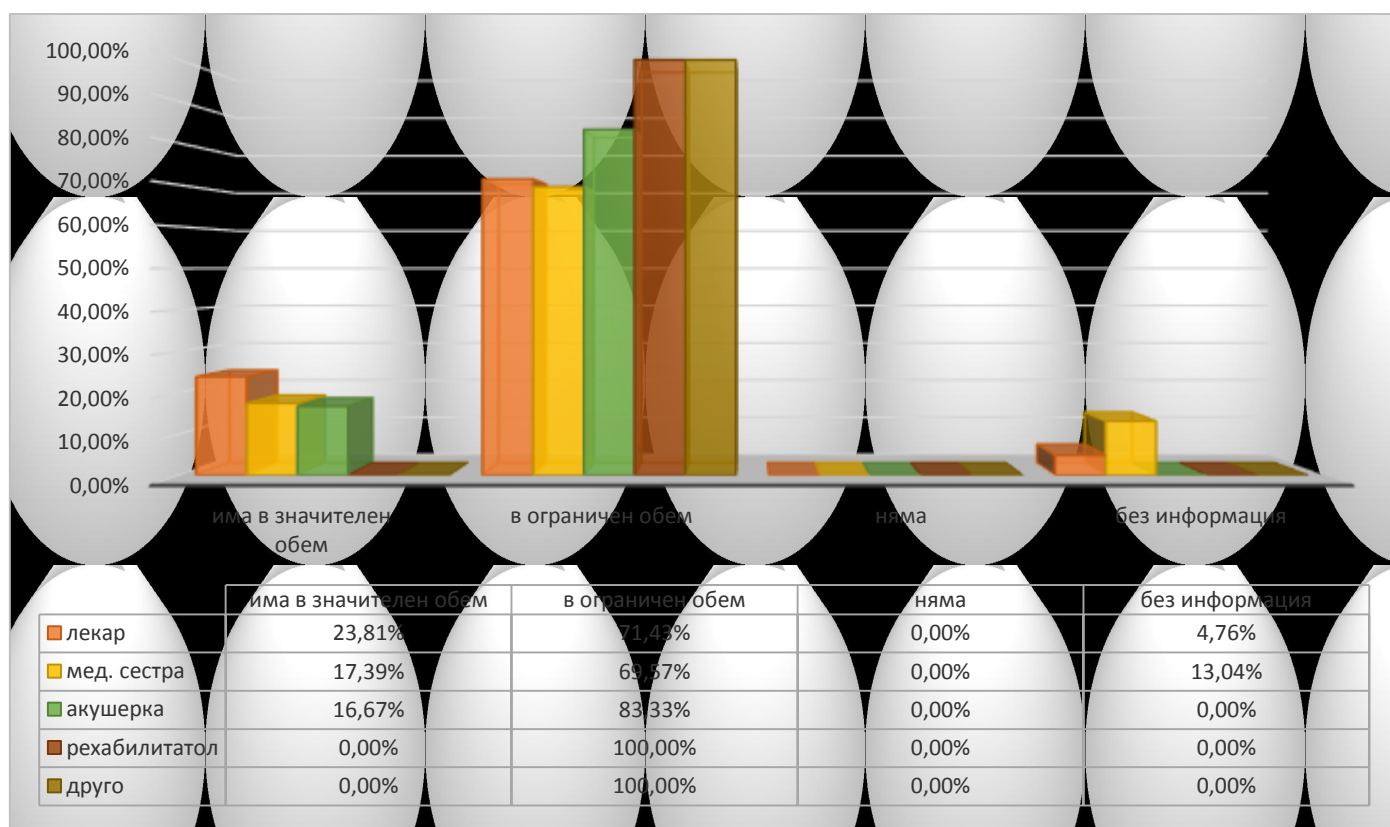
Фиг. 86. Неудовлетворени потребности сред пациентите в болницата.



Проучването отива по-далеч и представя мнението на специалистите по професии. При запитването става ясно, че 71.43% от лекарите смятат, че има неудовлетворени потребности от медицинска помощ, която понастоящем не е обект на дейността на специалиста, но в бъдеще може да бъде обхваната, в ограничен обем, 23.81% в значителен обем и 4.76% не разполагат с информация. 69.57% от медицинските сестри са на мнение, че има неудовлетворени потребности в ограничен обем, 17.39% в значителен обем и 13.04% не разполагат

с информация. 83.33% от акушерките смятат, че има неудовлетворени потребности в ограничен обем и 16.67% смятат, че има в значителен обем. 100% от рехабилитаторите и от другите медицински са на мнение, че има неудовлетворени потребности в ограничен обем.

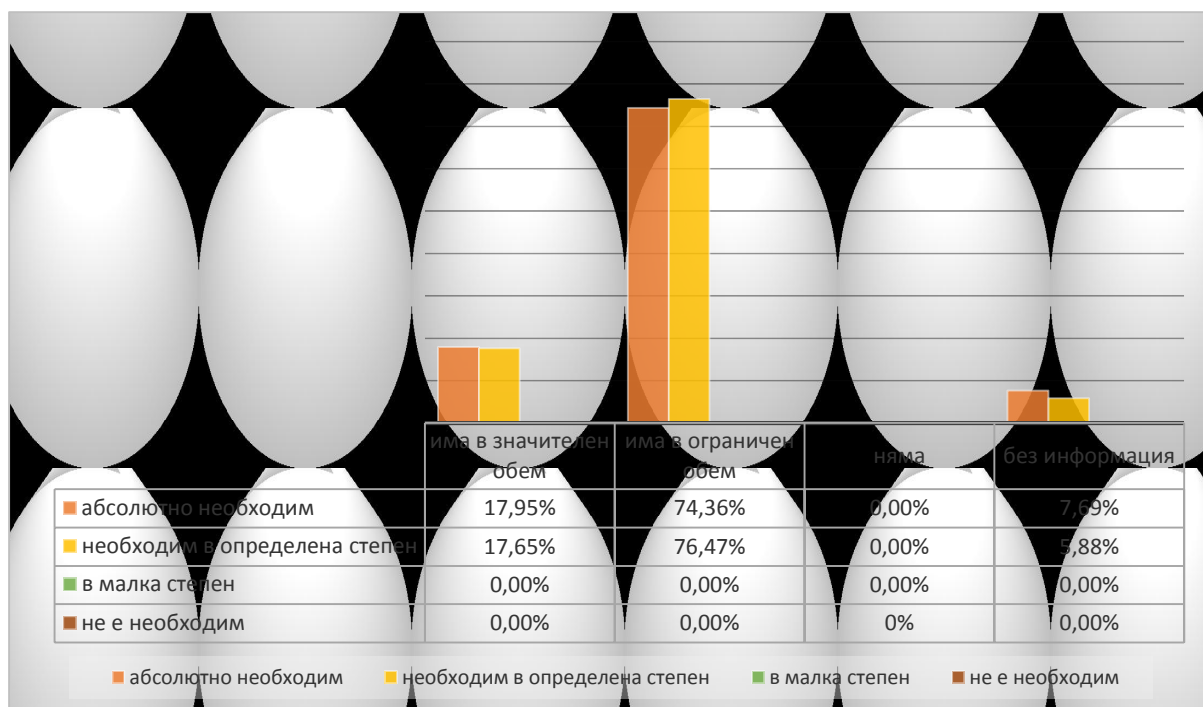
Фиг. 87. Мнение на различните професии за съществуването на неудовлетворени потребности от медицинска помощ.



При съпоставката на мнението на специалистите за необходимостта от маркетингов подход в управлението на болницата и съществуването на неудовлетворени потребности от медицинска помощ получихме следните резултати: 74.36% от медицинските специалисти, които смятат маркетинговия подход за абсолютно необходим, намират неудовлетворени потребности в ограничен обем, 17.95% намират неудовлетворени потребности в значителен обем и 7.69% не разполагат с такава информация. 76.47% от медицинските

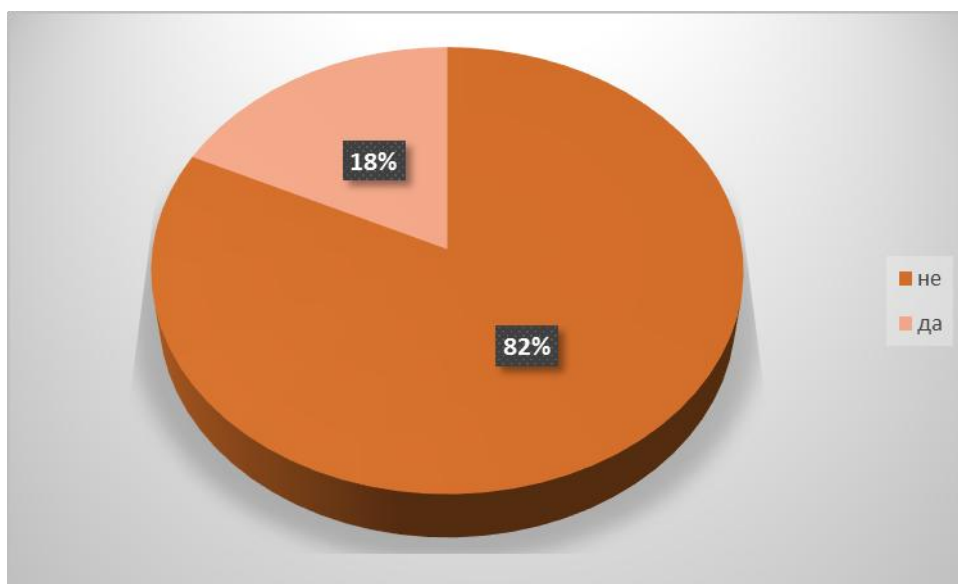
специалисти, които смятат маркетинговия подход за необходим в определена степен, намират неудовлетворени потребности в ограничен обем, 17.65% намират неудовлетворени потребности в значителен обем и 5.88% не разполагат с информация.

Фиг. 88. Съпоставката на мнението на специалистите за необходимостта от маркетингов подход в управлението на болницата и съществуването на неудовлетворени потребности от медицинска помощ.



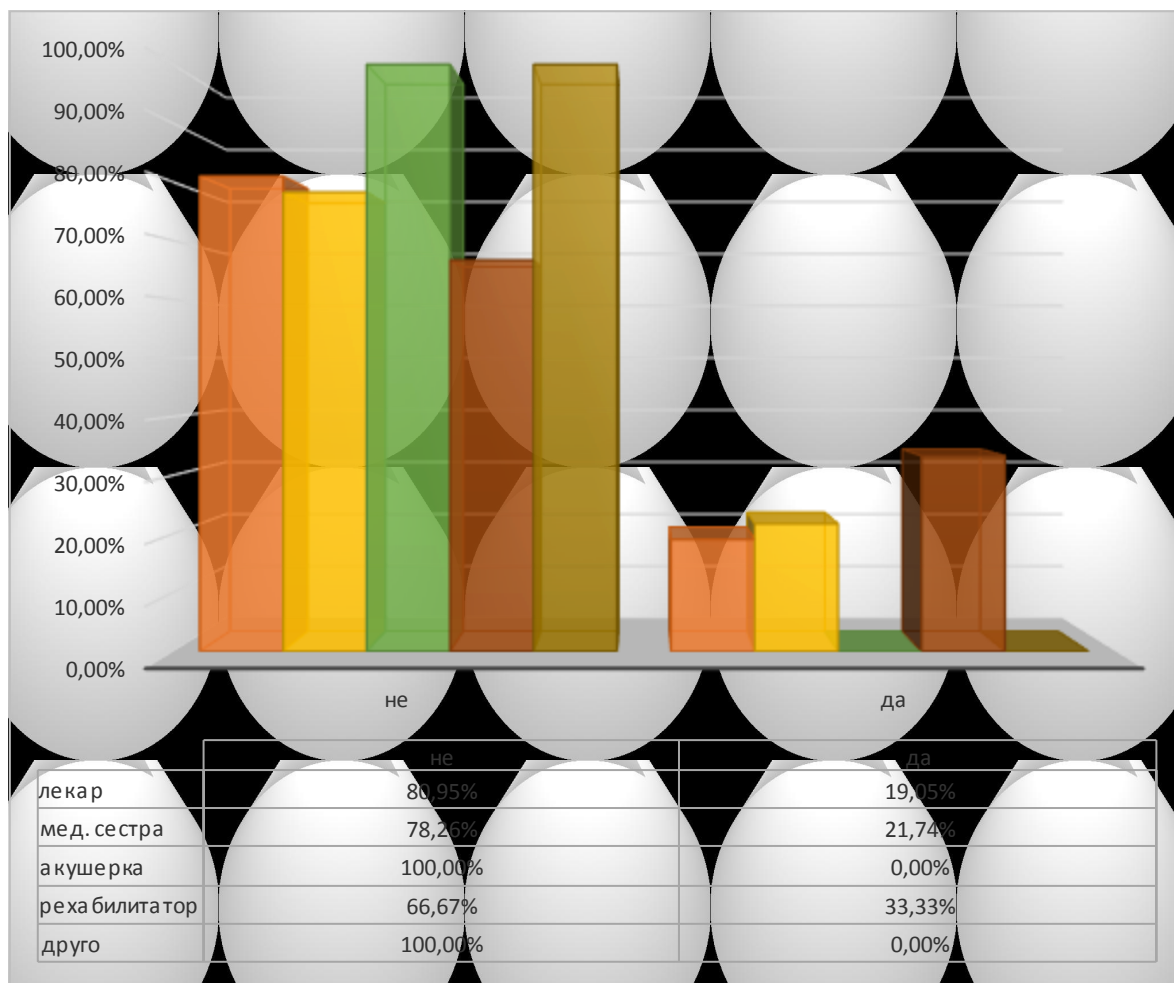
От проучването става ясно, че 82% от респондентите не разполагат с маркетингов план на отделението, в което работят. Само 18% от респондентите са наясно със съществуването на такъв.

Фиг. 89. Наличност на маркетингов план на отделението.



За да бъдем по-конкретни в уточняване на разработването и прилагането на маркетинговия план, на фиг. 90 са показани професиите, които са най-запознати със съществуването и действието му. Процентът от професиите, които нямат сведения за съществуването на маркетингов план в отделението са: 80.95% от лекарите, 78.26% от медицинските сестри, 100% от акушерките и 66.67% от рехабилитаторите. Най-много запознати с това се оказват рехабилитаторите, като техният дял е една трета. Всеки пети доктор и медицинска сестра имат информация и най-вероятно участват в изготвянето и прилагането на маркетинговия план на болницата.

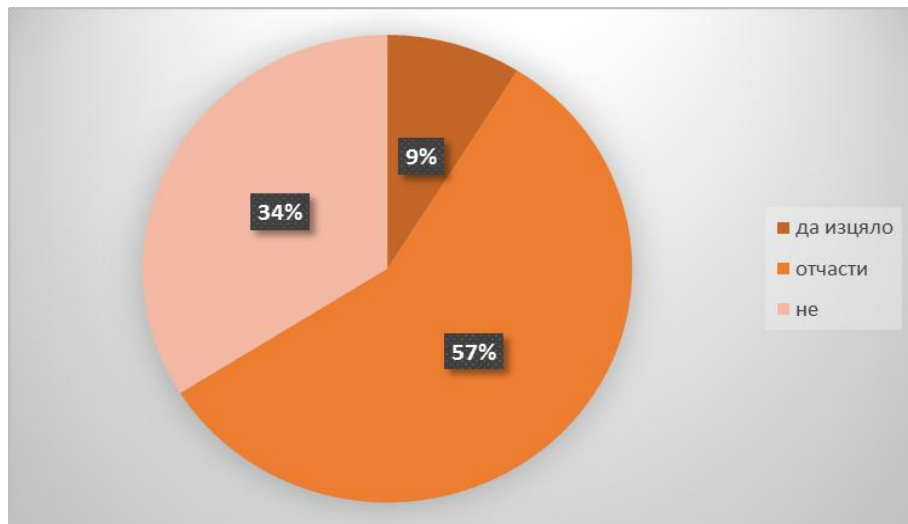
Фиг. 90. Разработване и прилагане на маркетингов план по професии.



Резултатите от допитването дали съществуват условия за разработване на маркетингови прогнози за бъдеща дейност, 57% от медицинските специалисти заявяват, че отчасти съществуват такива, 9% смятат, че има изцяло такава

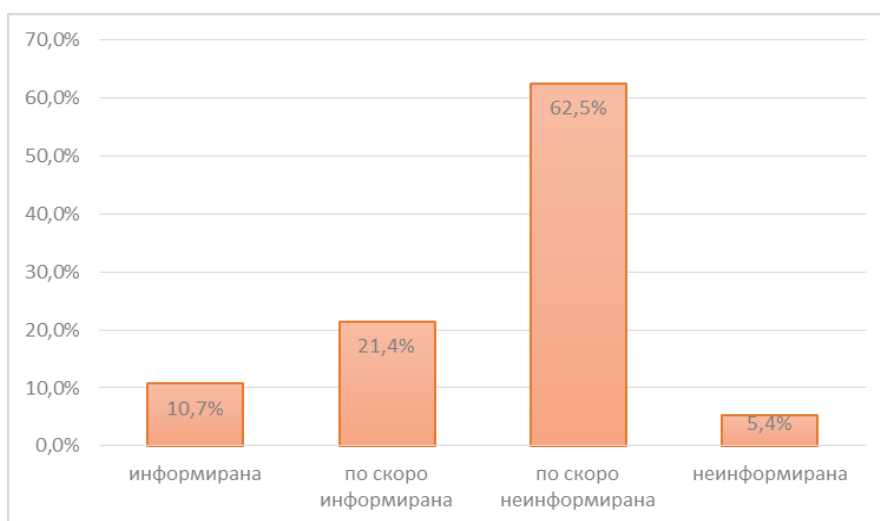
възможност и 34% са на мнение, че няма условия за разработване на маркетингови прогнози.

Фиг. 91. Условия за разработване на маркетингови прогнози за бъдеща дейност.



На въпроса в анкетата до колко обществеността е информирана за характера, възможностите и качеството на медицинската помощ, която може да предостави тяхното звено, 62.5% считат обществеността за по-скоро неинформирана, 21.4% за по-скоро информирана, около 10.7% за напълно информирана и 5.4% я смятат за неинформирана.

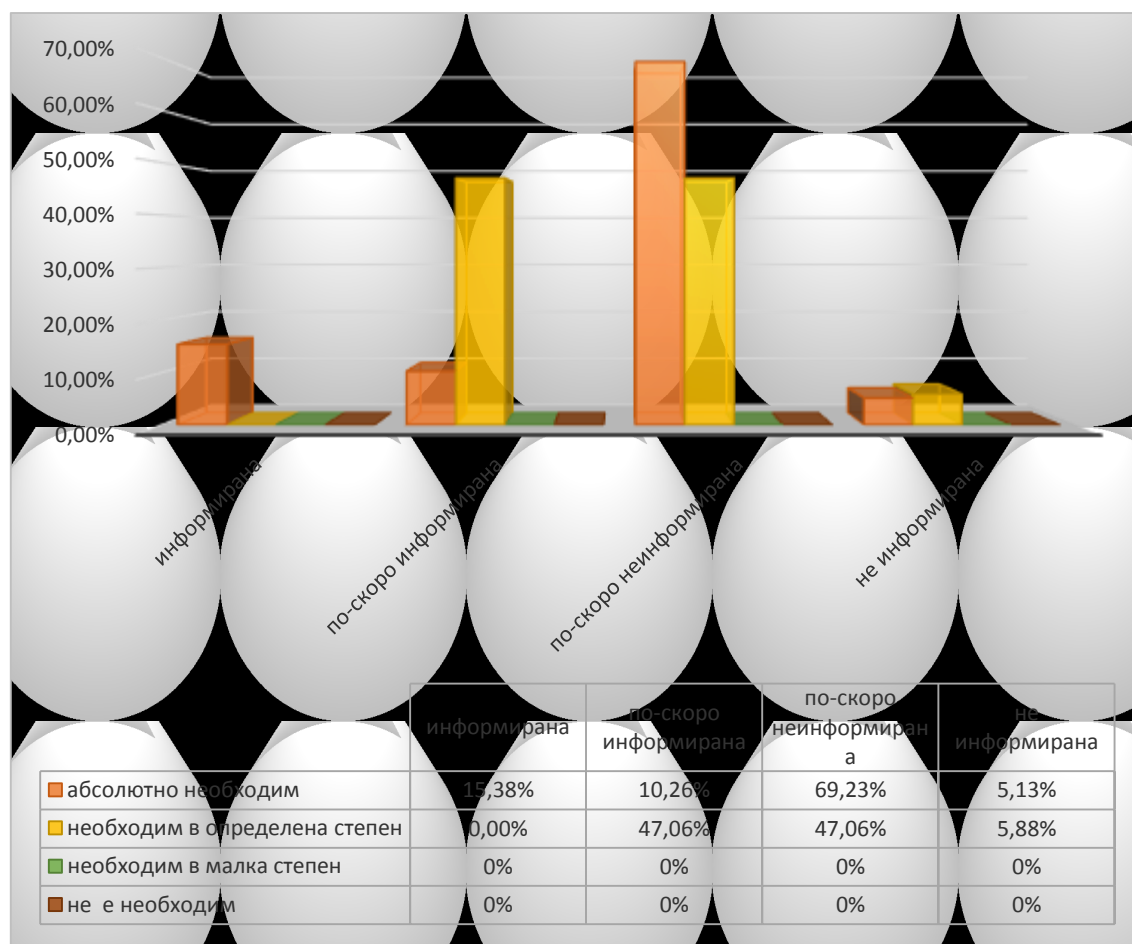
Фиг. 92. Оценка на информираността на обществото за характера, възможностите и качеството на медицинската помощ, която може да предостави тяхното звено.



При сравнението на мнението на специалистите относно необходимостта от маркетингов подход в управлението на болницата и информираността на обществеността за възможностите и качеството на медицинската помощ, която

може да предостави болницата, имаме 69.23% от специалистите, които считат маркетинговият подход за абсолютно необходим, са на мнение, че обществеността не е информирана за медицинската помощ. 15.38% от специалистите, които считат маркетинговия подход за абсолютно необходим, смятат обществеността за информирана относно медицинската помощ. 10.26% от специалистите, които считат маркетинговия подход за абсолютно необходим, смятат обществеността за по-скоро информирана, а 5.13% от тях смятат обществеността за неинформирана. 47.06% от специалистите, които считат маркетинговия подход за необходим в определена степен, мислят обществеността за по-скоро информирана и също толкова за по-скоро неинформирана. Останалите 5.88% от тези специалисти са на мнение, че обществеността е неинформирана.

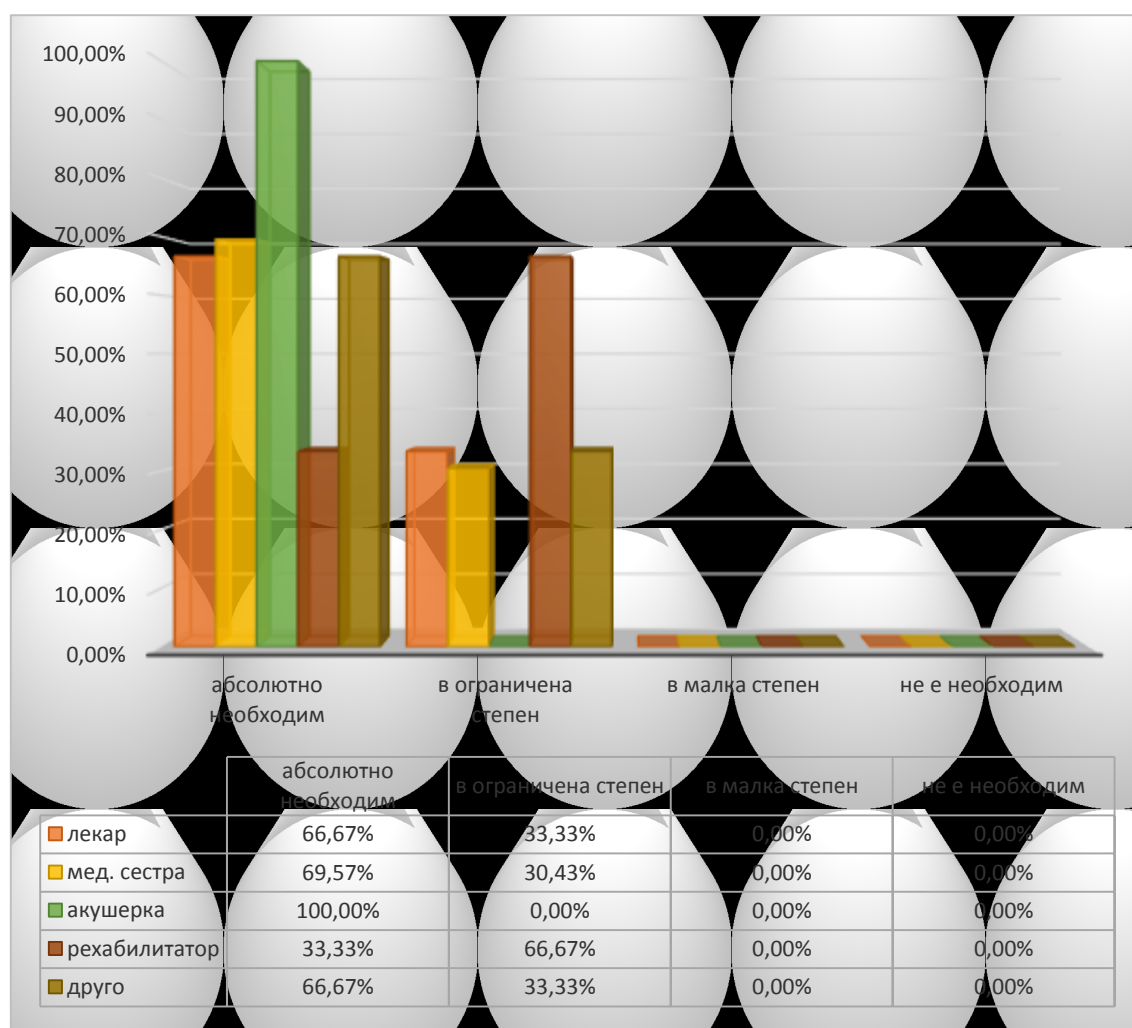
Фиг. 93. Необходимост от маркетингов подход и информираност на населението за възможностите и качеството на медицинското обслужване.



Мнението на различните специалисти относно необходимостта от маркетингов подход в управлението на болницата е представен на следващата фигура. 66.67% от лекарите смятат маркетинговия план за абсолютно необходим, останалите 33.33% го смятат за необходим в определена степен. 69.57% от

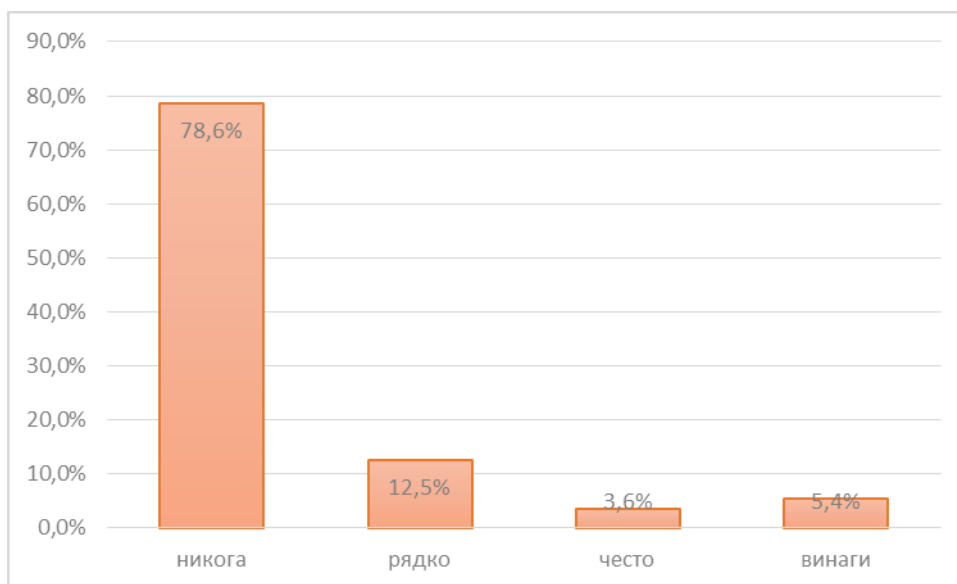
медицинските сестри смятат маркетинговия план за абсолютно необходим, останалите 30.43% за необходим в определена степен. 100% от акушерките смятат маркетинговия план за абсолютно необходим. 66.67% от рехабилитаторите смятат маркетинговия план за необходим в определена степен, останалите 33.33% го смятат за абсолютно необходим. 66.67% от другите медицински специалисти смятат маркетинговия план за абсолютно необходим, останалите 33.33% го смятат за необходим в определена степен.

Фиг. 94. Мнението на различните специалисти относно необходимостта от маркетингов подход в управлението на болницата.



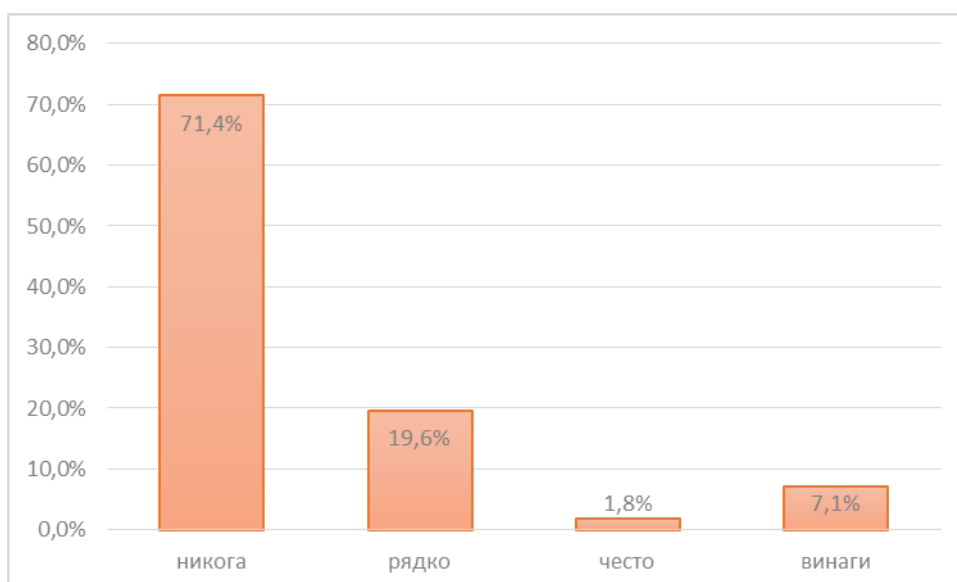
Следващите фигури представят резултатите от проучването за начина на информиране на обществото за предлаганите медицински услуги. Що се отнася до използването на вестници и списания, почти 80% от специалистите никога не използват рекламна обява в тези средства за масова информация. 12.5% отговарят рядко, 3.6% - често и само 5.4% - винаги.

Фиг. 95. Използване на вестници и списания за информиране на обществеността за предлаганите медицински услуги.



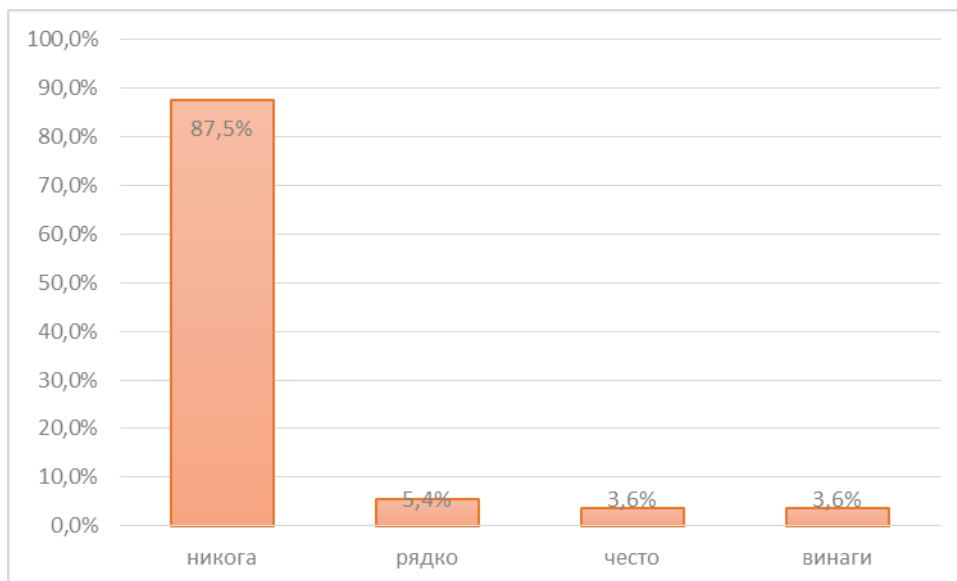
Относно прилагането на специални печатни издания, като брошури, листовки и други, 71.4% от медицинските специалисти никога не са ги използвали, 19.6% - рядко, 7.1% винаги ги използват, за да информират потенциални пациенти за услугите и останалите 1.8% ги използват често.

Фиг. 96. Използване на специални печатни издания, като брошури, листовки и други за информиране на обществеността за предлаганите медицински услуги.



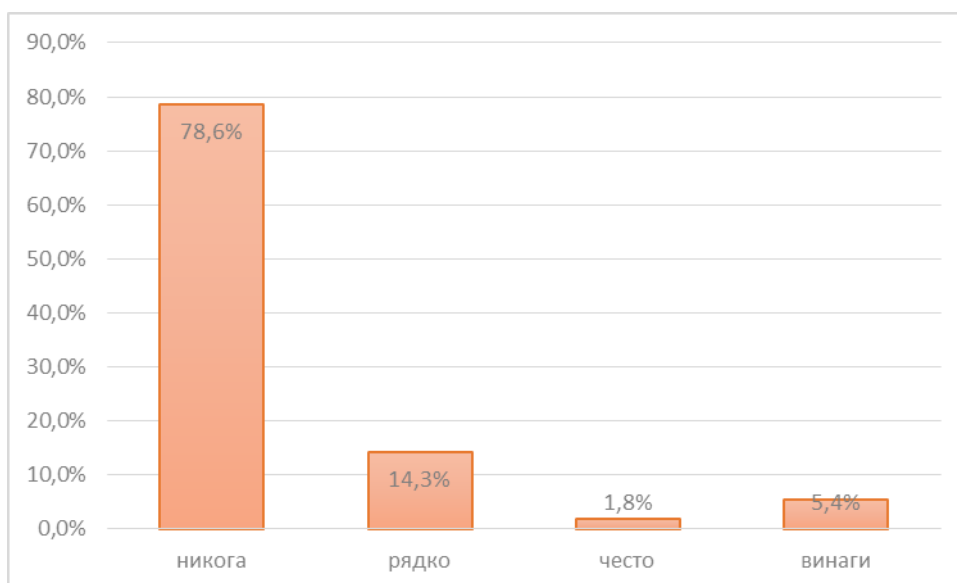
Относно използване на радио ефира за информиране на обществеността за предлаганите медицински услуги, 87.6% от респондентите никога не го използват, 14.3% много рядко, 5.4% винаги и останалите 1.8% често.

Фиг. 97. Използване на радио ефира за информиране на обществеността за предлаганите медицински услуги.



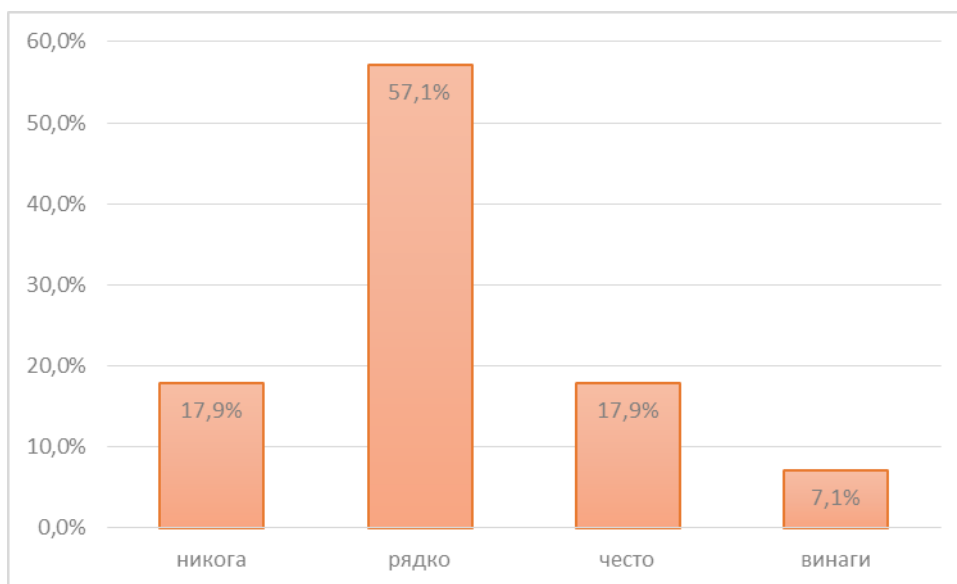
Относно информиране на обществеността посредством телевизията, 78.6% от специалистите никога не са я използвали, 14.3% рядко, 5.4% винаги и само 1.8% често.

Фиг. 98. Използване на телевизията за информиране на обществеността за предлаганите медицински услуги.



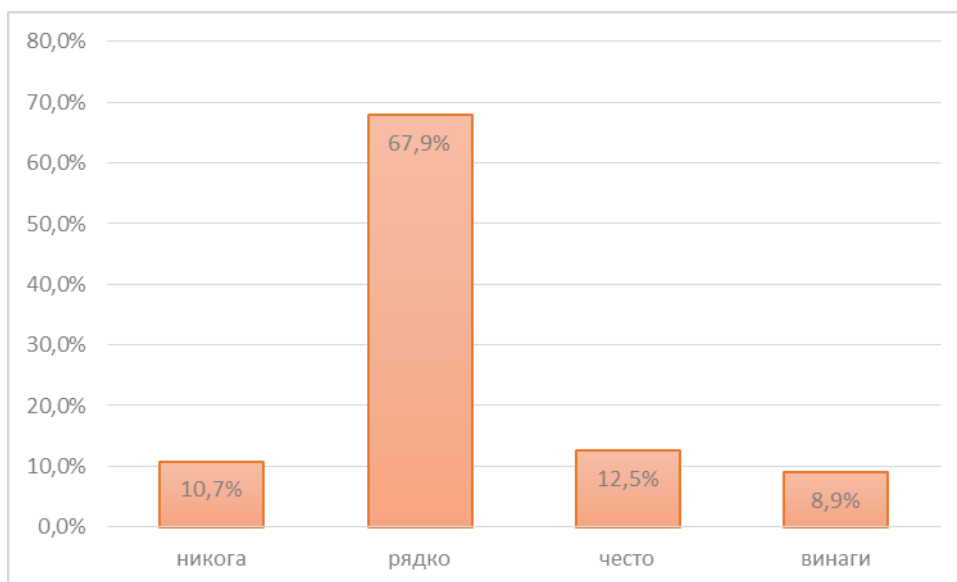
Информиране на обществеността за предлаганите медицински услуги през интернет е масова за едва 7.1%. 57.1% използват рядко интернет за публикуване на информация, по 17.9% никога и също толкова често.

Фиг. 99. Използване на интернет за информиране на обществеността за предлаганите медицински услуги.



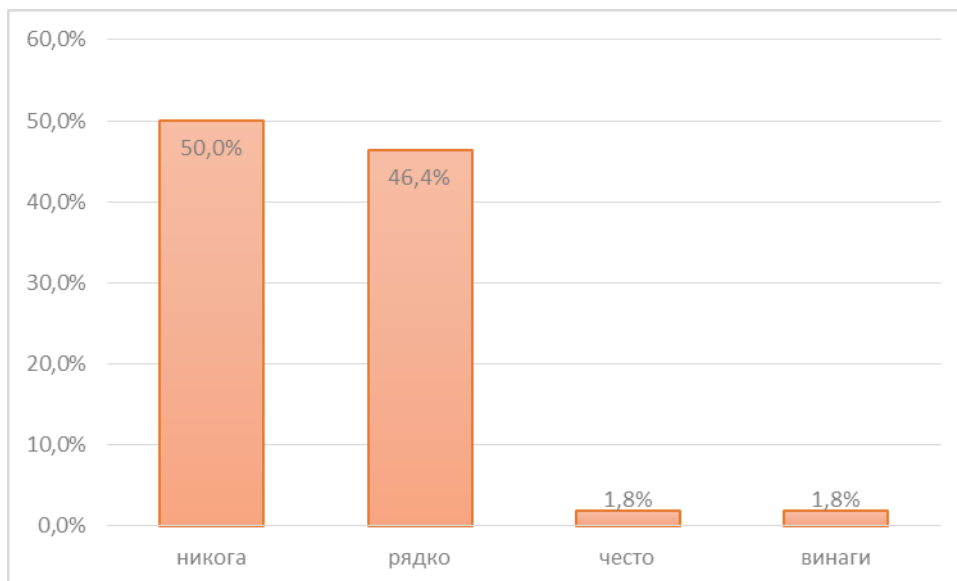
Честотата на информиране чрез семинари за предлаганите медицински услуги е представена на фиг. 100. 67.9% от медицинските специалисти използват рядко, 12.5% често, 10.7% никога и 8.9% винаги.

Фиг. 100. Информирание на обществеността за предлаганите медицински услуги чрез семинари, конференции и други.



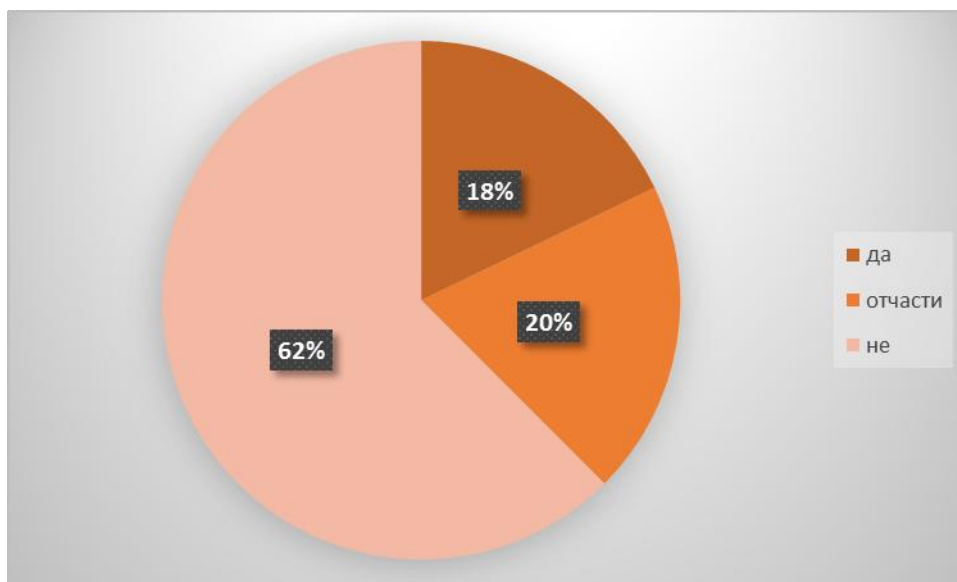
На въпроса колко често медицинските специалисти използват лекции и беседи за информиране на обществеността за предлаганите медицински услуги, една втора посочват, че никога не ги използват, 46.4% рядко, и по 1.8% често или никога.

Фиг. 101. Информирание на обществеността за предлаганите медицински услуги чрез изнасяна лекции и беседи пред различни групи от населението.



При запитване на медицинските специалисти дали използват конкурентен анализ в дейността си (информация за конкурентни медицински структури, публични и частни), 62% от тях отричат прилагането на този инструмент, 20% го използват отчасти и другите 18% го прилагат в работата си.

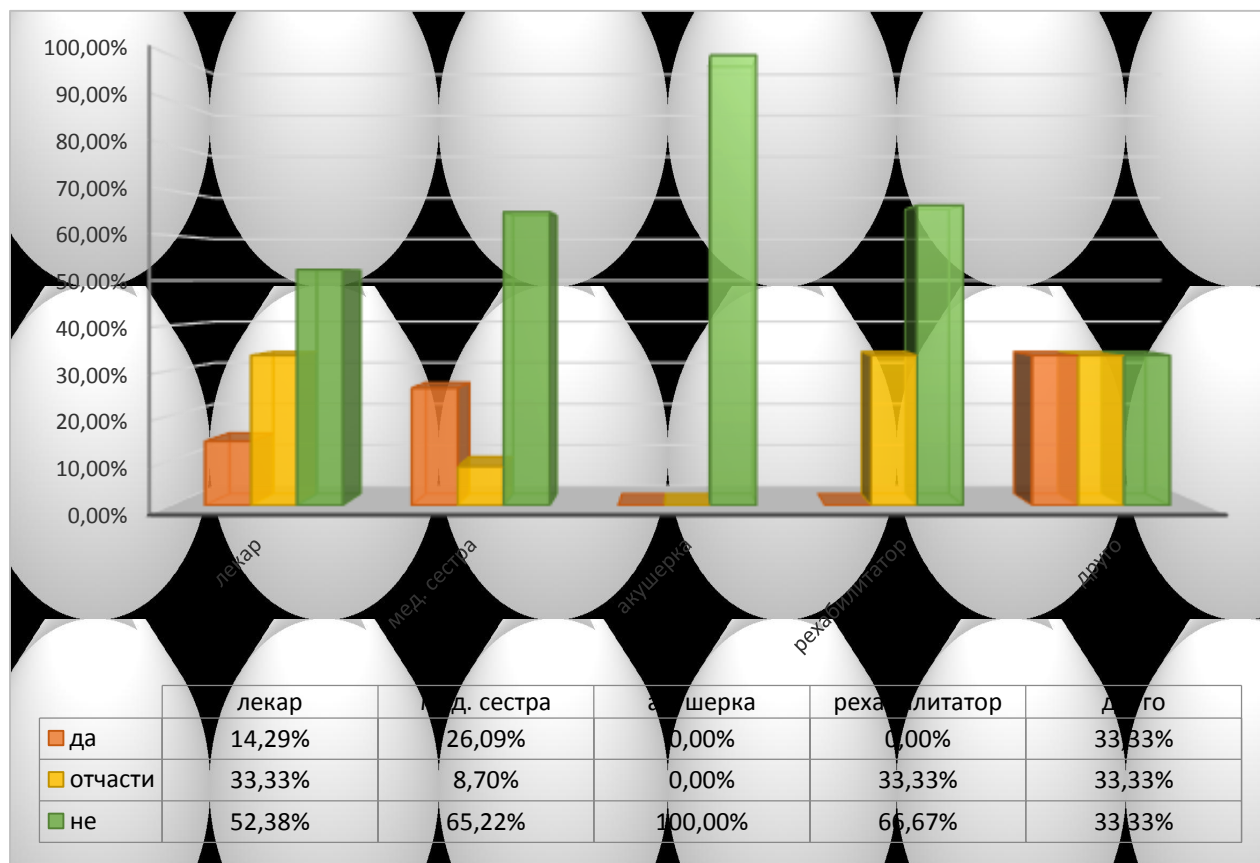
Фиг. 102. Прилагане на конкурентен анализ в дейността на болницата или отделението.



На следващата таблица са представени резултатите, свързани със запознатостта и използваемостта на метода на конкурентния анализ сред различните професии в болницата. От страна на лекарите, 52.38% посочват, че не използват конкурентен анализ, 33.33% използват отчасти и 14.29% го използват в ежедневната си работа. При медицинските сестри делът, които не използва този метод е по-голям, а именно 65.22%. 26.09% използват този инструмент и 8.7% го използват отчасти. Проучването показва, че нито една

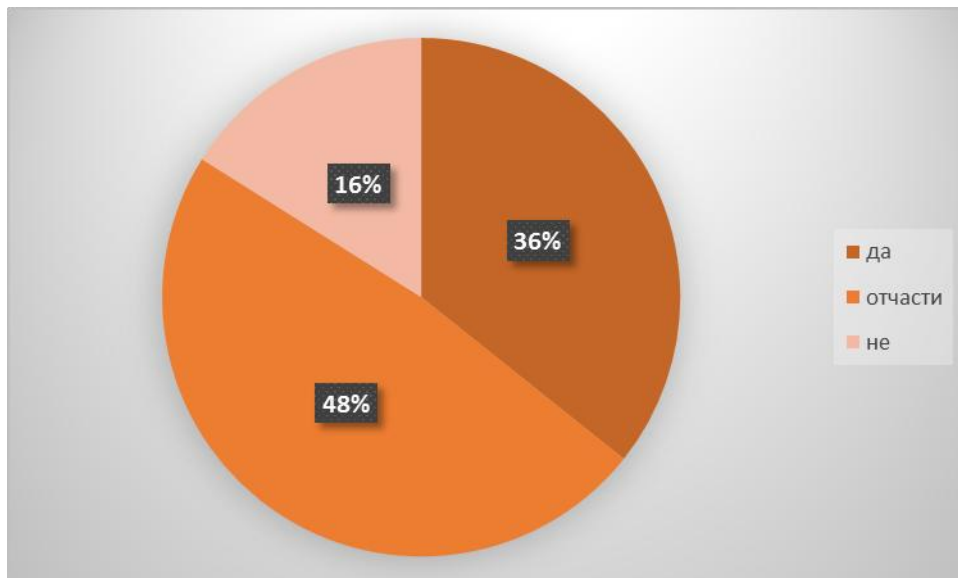
акушерка не прилага конкурентния анализ в работата си. По отношение на рехабилитаторите две трети от тях не използват конкурентен анализ, а 33.33 % го използват отчасти. От другите специалисти една трета използват, 33.33% използват отчасти и 33.33% не използват.

Фиг. 103. Прилагане на метода на конкурентен анализ в ежедневната работа по професии.



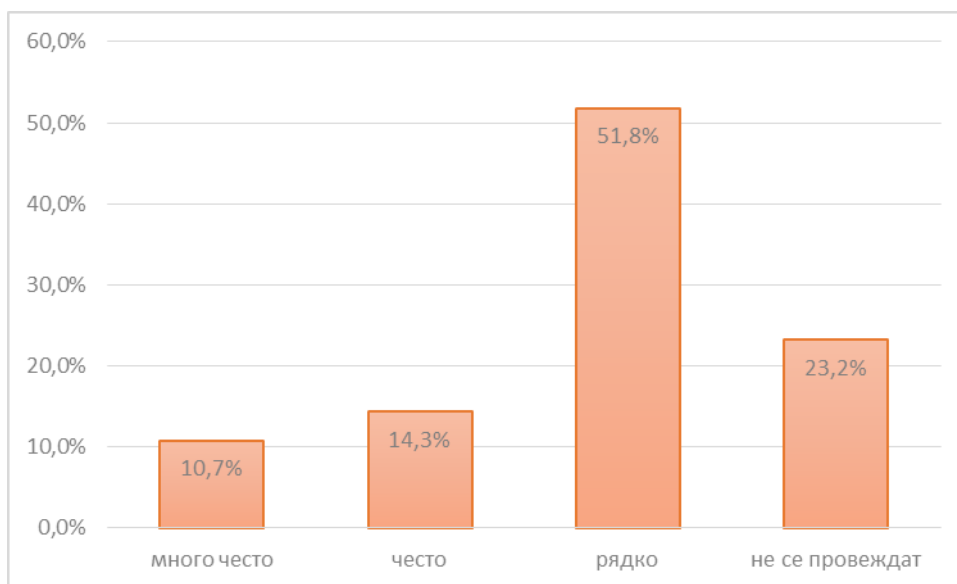
В анкетата беше включен въпрос относно запознатостта на медицинските служители за целевите контингенти от пациенти, към които биха насочили маркетингови инструменти като реклама и други комуникационни стратегии. Резултатите са на фиг. 104. 48% от анкетираните имат отчасти ясно дефинирани таргетни групи, 36% имат такива и 16% не са наясно, към кои пациенти е насочена дейността.

Фиг. 104. Запознатост на медицинските служители за целевите контингенти от пациенти, към които биха насочили маркетингови инструменти като реклама и други комуникационни стратегии.



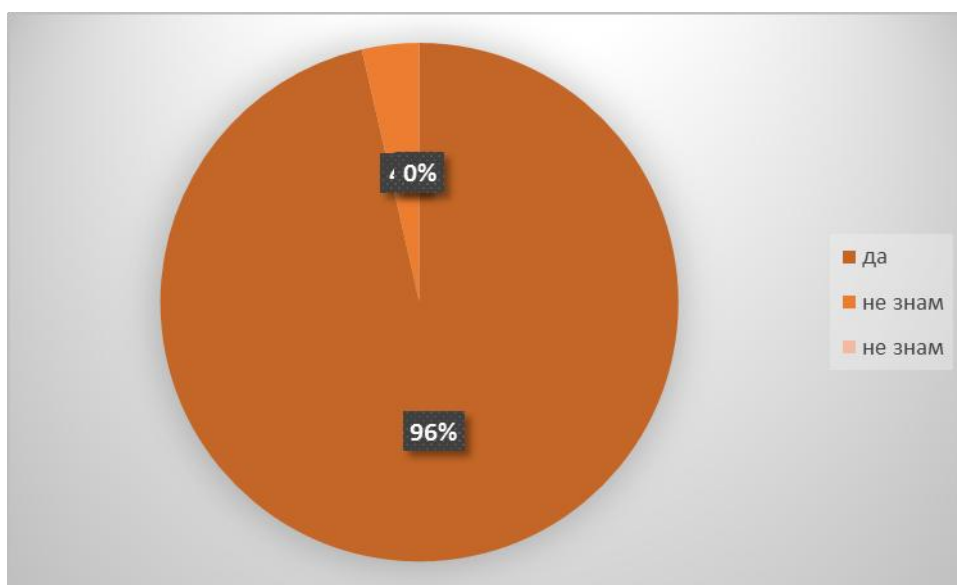
Освен изясняване на целевите сегменти от значение е провеждането на анонимни анкети относно удовлетвореността на пациентите от качеството на медицинската помощ. На въпроса дали специалистите от V-та МБАЛ-София ЕАД провеждат такъв тип проучване, около една втора заявяват, че рядко или веднъж на няколко години прилагат този социологически инструмент. 23.2% никога не са провеждали проучване, 14.3% го правят често или веднъж годишно, докато само 10.7% от специалистите провеждат анонимни анкети много често-най малко два пъти годишно.

Фиг. 105. Период на провеждане на анонимни анкети относно удовлетвореността на пациентите от качеството на медицинската помощ.



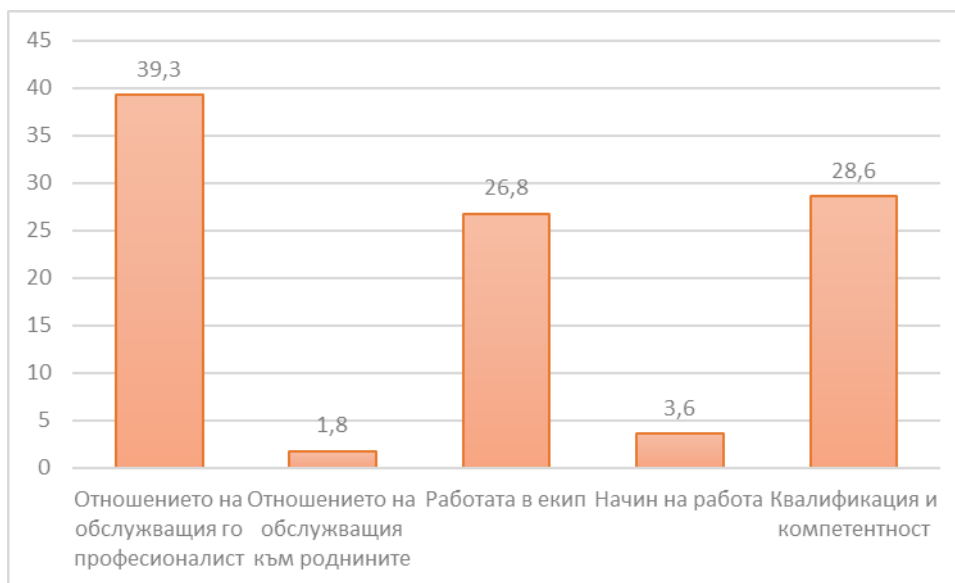
На фиг. 106 е показано мнението на специалистите за готовността за съобразяване със специфичните желания за отношение и обгрижване на пациентите. 96.4% биха се съгласили и откликнали на подобен род изисквания, а 3.6% не знаят дали биха се съгласили.

Фиг. 106. Готовността за съобразяване със специфичните желания за отношение и обгрижване на пациентите.



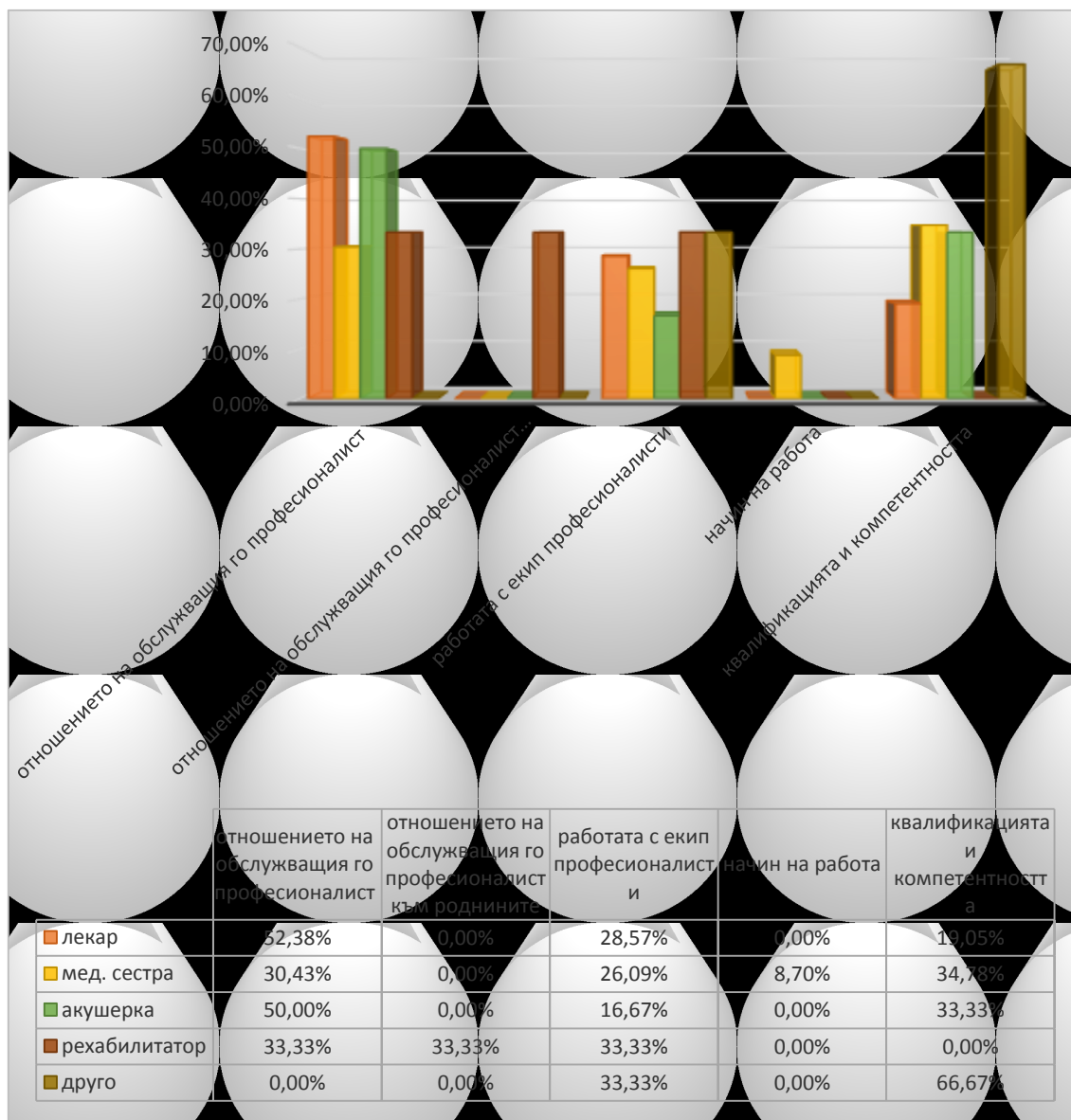
Най-важното за удовлетвореността на обслужваното лице според медицинските специалисти е отношението към него (39.3%). 28.6% подреждат работата с екип от професионалисти и квалификацията и компетентността, 26.8% поставят работата в екип, 3.6% начинът на работа и 1.8% отношенията на обслужващия професионалист към роднините му.

Фиг. 107. Мнение на медицинските специалисти за факторите, влияещи на удовлетвореността на обслужваното лице.



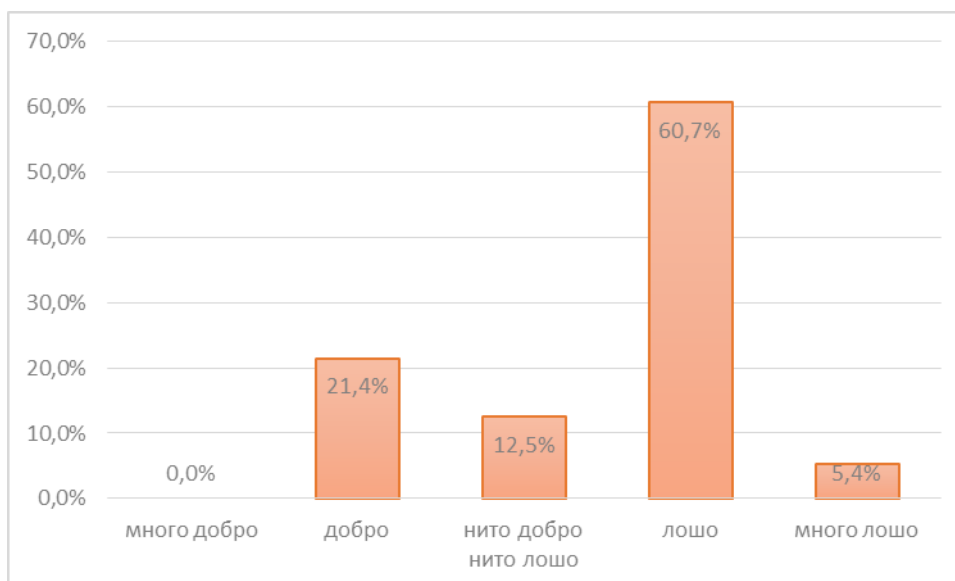
При съпоставка на въпроса за най-важния критерий за удовлетвореността на обслужваното лице, медицинските специалисти са дали следните отговори, сортирани по професии: 52.38% от лекарите смятат отношението на обслужващия професионалист към пациента за най-важно, 28.57% смятат работата с екип от специалистите за най-важно и за 19.05% квалификацията и компетентността на обслужващия професионалист е водещо. От страна на медицинските сестри, 34.78% смятат квалификацията и компетентността на обслужващия за най-важното, 30.43% - отношението на служителя към пациента, а 26.09% - работата с екип от професионалисти. 8.7% от медицинските сестри класират начина на работа за най-важен критерий. Една трета от акушерките смятат квалификацията и компетентността на обслужващия професионалист за най-важна, 16.67% - работата с екип и 5% - отношението на обслужващия професионалист към пациента. 26.09% са на мнение, че работата с екип от професионалисти е водеща. От рехабилитаторите 33.33% смятат работата с екип от професионалисти за най-решаваща за удовлетвореността на пациента, други една трета смятат отношението на обслужващия професионалист към пациента и последната една трета - отношението на обслужващия професионалист към роднините на пациента. От гледна точка на другите медицински специалисти, две трети са на мнение, че най-решаваща е квалификацията и компетентността на обслужващите професионалисти, а останалите 33.33% смятат работата с екип от професионалисти за най-важно.

Фиг. 108. Критерии за удовлетвореността на обслужваното лице според мнението на различните медицински специалисти.



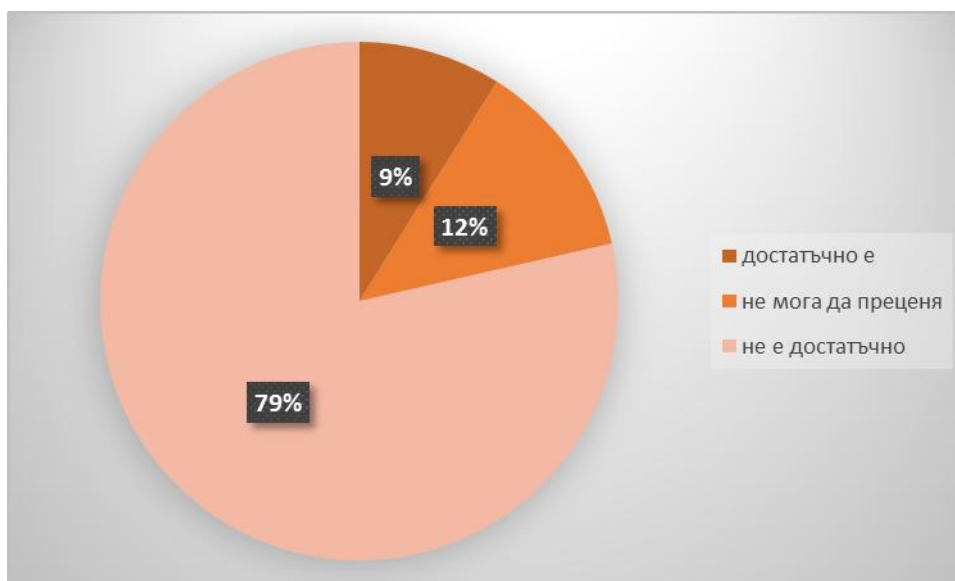
Оценката на качеството на храната в болницата сред работещите в нея е показателно за дейност, която има нужда от подобряване. 60.7% от медицинските специалисти намират качеството на храната за лошо, 21.4% за добро, 12.5% за нито добро, нито лошо и 5.4% за много лошо.

Фиг. 109. Оценка на качеството на храната в болницата.



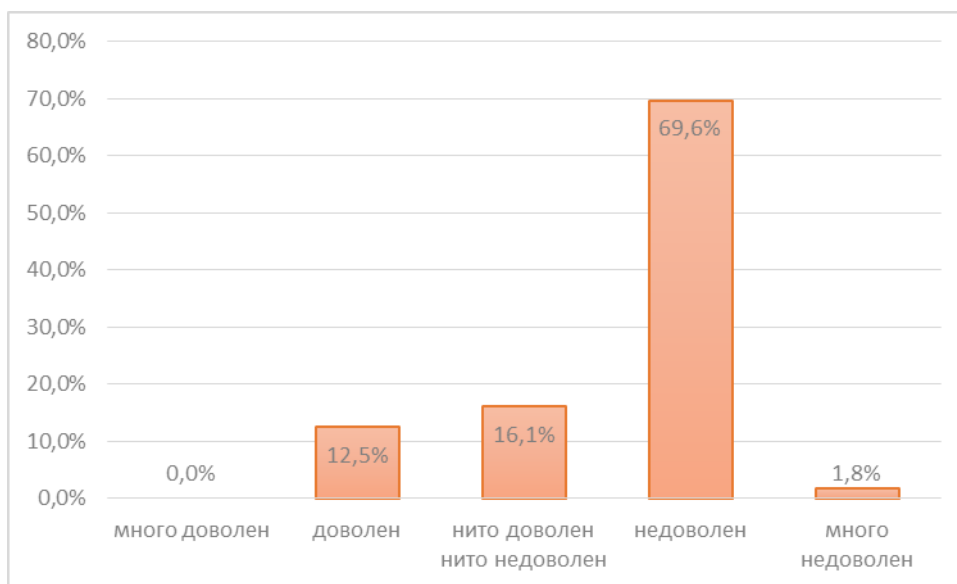
Количеството на храната по време на продължителността на лечение е преценено по подобен начин от специалистите. 79% от тях го считат за недостатъчно, 12% не могат да преценят и само 9% го намират за достатъчно.

Фиг. 110. Оценка на количеството храна по време на продължителността на лечение от медицинските специалисти.



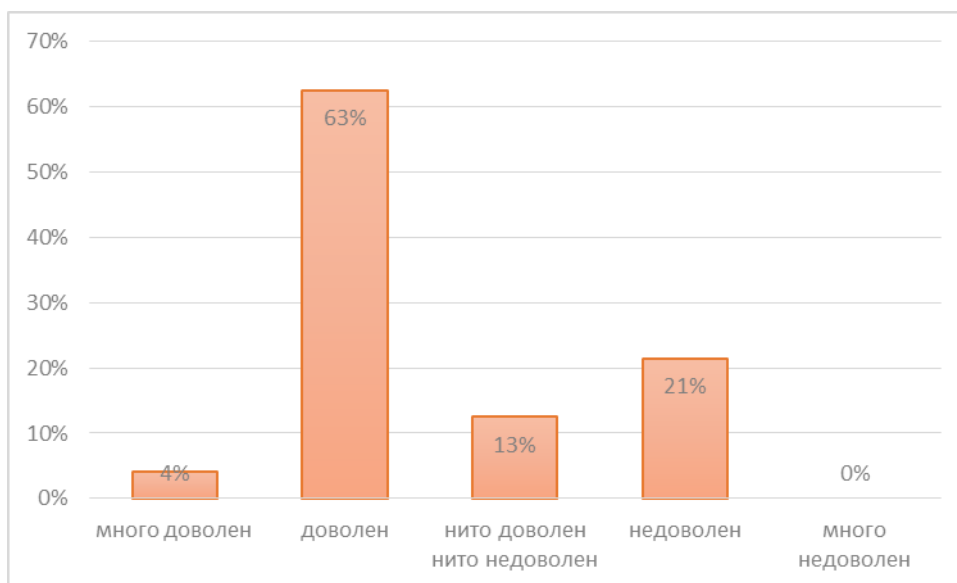
Относно удовлетвореността на медицинските специалисти за оборудването на болницата, 69.6% от тях са недоволни от предоставените им апаратури, 16.1% са нито доволни, нито недоволни, 12.5% са доволни и 1.8% са много недоволни.

Фиг. 111. Удовлетвореност на медицинските специалисти от оборудването в болницата.



По въпроса с хигиената в болницата, 63% изказват задоволство от поддръжката на чистота, 21% са недоволни, 13% нямат мнение, а 4% са много доволни.

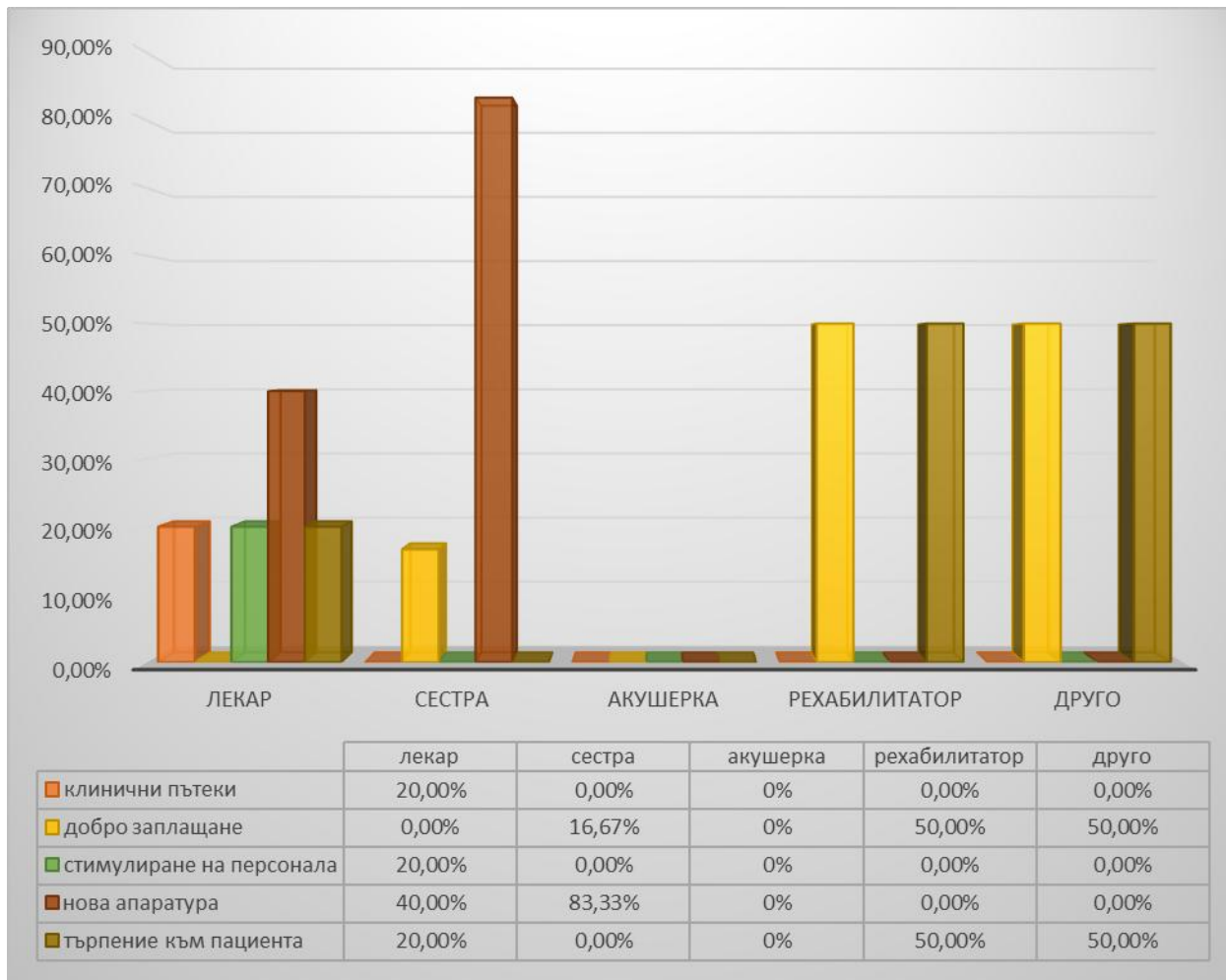
Фиг. 112. Удовлетвореност от хигиената в болницата.



Съотнесено по професии на фиг. 113 са представени препоръките от всеки медицински специалист към ръководството на болницата и екипа на отделението: От гледна точка на лекарите 20% от тях препоръчват заплащане чрез клинични пътеки, 20% препоръчват финансово стимулиране на персонала, 40% препоръчват закупуване на съвременна апаратура и 20% препоръчват повече търпение към пациента. При медицинските сестри резултатите са следните: 83.33% препоръчват закупуване на съвременна апаратура и 16.67% препоръчват по-добро заплащане на труда. Половината от рехабилитаторите препоръчват по-добро заплащане, а другата половина - повече търпение към пациента. 50% от

другите медицински специалисти препоръчват повече търпение към пациента и 50% препоръчват по-добро заплащане на труда.

Фиг. 113. Препоръки към ръководството на болницата от различните професии.



6 Глава. Изводи

В резултат на направеното проучване сред пациентите и медицинските специалисти могат да се изведат следните изводи:

1. Прилагането на маркетинга в болничната структура способства за по-ефективен начин на управление на ресурсите на структурата и поставя потребностите на отделния индивид (пациент), като първи приоритет за дейността и резултата.
2. Изводи, следващи от изследването, проведено сред пациентите на V МБАЛ София ЕАД:
 - Предоставяне на информацията от лекуващия лекар относно вида на заболяването, нуждата и вида на изследванията, старателно обяснение от специалистите за рисковете и възможните алтернативи на лечение, както и подробна информация за процеса на провеждане на лечението пациентите оценяват като недостатъчни.
 - Съществува пряка връзка между готовността за препоръка на болницата и удовлетвореността от лекарския екип (фиг. 21 и фиг. 22), както и от сестринския екип (фиг. 23 и фиг. 24).
 - Други причини за неготовност за препоръка сред пациентите са неудовлетвореност от количеството и качеството на храната. Зависимост се наблюдава при пациентите, които оценяват високо качеството и количеството получена храна, и тези, които биха препоръчали болницата. (Фиг. 28, 29 и 30)
 - Отделенията, в които трябва да се приложи най-спешно механизъм за повишаване удовлетвореността на пациентите, са хирургията, урологията, дерматологичното и гастроентерологичното отделение. (фиг. 26)
 - Хигиената в лечебното заведение също следва да се подобри, особено в отделенията по хирургия, ендокринология, урология, кардиология и неврология. (фиг. 32) Също така има пряка зависимост от поддържане на добра хигиена и готовността за препоръка на пациентите. (фиг. 33)
 - Наблюдава се тенденция и в удовлетвореността на пациентите от дружелюбността на персонала, като отново отделението с най-ниска такава е хирургията, следвана от неврологията, акушеро-гинекологичното и пулмологичното отделение. (фиг. 37, 55)

- Нужда от оптимизиране на времето за чакане за прием в болницата е силно изразено в АГ отделението и отделението по урология. Възможни причини могат да бъдат силния наплив на пациенти в тези две отделения и нуждата от увеличаване на специалистите и капацитета в тези отделения. (фиг. 40)
 - При препоръка за избор на болницата почти всички пациенти са останали с чувство на удовлетвореност, докато тези, които посочват липса на друг избор са единствените, изразяващи недоволство. (фиг. 53)
3. Изводи, следващи от изследването, проведено сред медицинските специалисти на V-та МБАЛ-София ЕАД:
- Медицинските специалисти знаят за зависимостта от високата оценка на сестринските грижи и необходимостта от информирани на пациента за вида на заболяването му и взаимовръзката им за повишаване удовлетвореността на пациента. (фиг. 73, 74)
 - Всички анкетираните специалисти, работещи в болницата, считат за необходим маркетинговия подход в управлението ѝ, но три четвърти срещат трудности в прилагането на маркетингови инструменти в болничния сектор. Оценката им клони по-скоро към неефективно приложение. (фиг. 83, 84, 85)
 - Значителен е броят на специалистите, според които съществуват неудовлетворени потребности в организацията, за която работят. Те виждат неразработен потенциал в тази сфера.
 - Незапознатост на персонала с маркетинговите цели на отделението и болницата. (фиг. 89)
 - Медицинските специалисти смятат обществото за неинформирано за възможностите и качеството на медицинското обслужване в тяхното лечебно заведение.
 - Липса на комуникационна политика на болницата. (фиг. 95 – 102)
 - Незапознатост на медицинските специалисти с таргетните сегменти на лечебното заведение по техни данни.
 - Мнението на медицинските специалисти съвпада с мнението на пациентите относно качеството и количество предоставяна храна в болницата. (фиг. 109, 110)
 - Препоръките, които медицинските специалисти отправят към ръководството на болницата, са насочени към закупуване на нова апаратура и стимулиране и повишаване заплащането на персонала. (фиг. 113)

4. Сравнително слабо се използва конкурентният анализ и анализът на удовлетвореността на пациентите.
5. Поради недостатъчна връзка с извънболничния сектор няма достатъчно информация са неудовлетворените (скритите) потребности на пациентите, които биха могли да бъдат обект на болничната помощ.
6. Относително нисък е процентът на уточнените целеви контингенти от пациенти (фокус групи), към които да се насочи и разшири сегашната и бъдеща дейност на болничната структура.

7 Глава. Препоръки

Ефективният маркетинг ще е гарант за високо качество на болницата, ако ръководството насочи своите усилия към:

1. Регламентиране на разнообразни и системни комуникационни дейности - разясняване, разгласа, рекламни брошури, интервюта, лични контакти, пресконференции, брифинги, симпозиуми и др. С тези комуникационни активности ще бъде възможно да се оказва въздействие върху потенциалните пациенти в посока на позитивно отношение и стимулиране решението за избор на лечебното заведение.
2. Рекламата и публичните изяви са от голямо значение за прилагането на съвременен подход в маркетинга на болничния мениджмънт. Телевизията има най-големи възможности за въздействие. След нея се нареждат вестници, списания и радио, които се отличават с по-малки възможности, но с по-ниска цена. При избора им трябва да се вземе предвид характера на целевата аудитория и на тази основа да се вземат решения за типа медия (национална или регионална) и предаването (респ. рубриката), в което да се излъчи или публикува рекламата. Телевизията, радиото и печатната преса рядко се използват от болниците, освен от частните. Те са по-подходящи при провеждане на здравно-промотивни кампании. Алтернативни канали са външната реклама (билбордове, плакати, реклама върху превозни средства, пътни табели) и директната реклама с различните ѝ разновидности (електронна поща, директна поща, гореща телефонна линия, на които пациентите могат да получат информация и т.н.).
3. Участие в справочници и каталози с подходяща тематична насоченост и привличане на работа в лечебното заведение на специалисти и хабилитирани лица с голям опит и висок авторитет сред пациентите.
4. Рекламата трябва да отразява актуалното състояние, да е акуратна и да не подвежда потребителите. Освен това трябва да се избягват качествените сравнения с конкурентни организации, както и твърдения, които не могат да се подкрепят с факти (напр. “най-добрите” или “най-ефикасен”), като се представят само документирани и очаквани резултати.
5. Необходимо е да се създадат условия за преход от традиционния маркетинг към модерния електронен маркетинг. Електронизацията на

здравеопазването ще промени, както организацията на медицинския труд, така и технологиите на болничния маркетинг, ще улесни работата на медицинските специалисти.

6. Прилагането на маркетингов подход в болничния мениджмънт с баланс на трите вида интереси на потребителя, на обществото и на фирмата(болницата), базиран на маркетинг-микса и постоянното прогнозиране на бъдещата дейност и конкурентната среда ще доведе до постигането на отлични резултати в работата на лечебното заведение. Компетентния маркетингов подход в болничния мениджмънт, базиран на доказателства и етични принципи в здравната система, ще осигури по-широка достъпност, по-добро качество на по-ниски цени с високо качество на медицински услуги в лечебното заведение.
7. 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.
8. Ориентация към пациента и налагане на маркетингови подходи и начин на мислене сред всички служители на болничното заведение.
9. Анализирание на пазарната конюнктура и здравния статус на целевите групи, внимателно следене на конкурентните болници.
10. Изучаване и съобразяване с потребностите и желанията на пациентите, тяхната удовлетвореност от предлаганите услуги, както и тенденциите в обслужването на пациентите.
11. Провеждане на професионална маркетингова комуникационна политика.
12. Изграждане на положителен имидж и търговска марка (бренд) на болницата и проследяване дали са в унисон със заложената мисия, както и с целите на ръководството (съвместно със специалистите по връзки с обществеността).
13. Непрекъснато събиране и оценяване на идеите за нови услуги (не само медицински), както и предприемане на мерки за усъвършенстване на съществуващите.
14. Повишаване качеството и количеството на болничната храна, както и хигиената в лечебното заведение.
15. Закупуване на нова апаратура, подобряване инфраструктурата на болницата и предоставяне на допълнителни възможности за

квалификация и имплементиране на иновативни методи в медицината.

16. Разработване на нови продукти (услуги), които болницата да предлага на пациентите и които да носят добавена стойност за служителите в нея.

8 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. В тази обстановка от мениджъра се очаква, че ще осигури баланс между няколко вида интереси: на потребителя (пациента), на лечебното заведение, на служителите си и на обществото. За да може да се справи с това, здравният мениджър трябва да е не само теоретично добре подготвен, да има идеи, да разполага с добре обучен екип, но и 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. За реализацията на маркетинговата дейност е важно дефинирането на пазара, т. е. съвкупността от потребители, които имат конкретни потребности по отношение на дадена услуга, готовност и възможност да я купят и информация за клиничните структури, които могат да удовлетворят здравните потребности.

Удовлетворяване изискванията на пациентите и формиране на предпочитание към услугите на дадена структура е основната маркетингова дейност. Този подход е свързано 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 не добро 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.:** Възрастният човек като пациент, Клинична геронтопсихология в здравните и социалните грижи, София, Изд. „Булвест 2000“, 2003
3. **Балканска, П.:** Комуникативната компетентност – необходимо социално умение на мениджъра, Здравен мениджмънт, т. 3, 2/2003 г.
4. **Балканска, П.:** Модел за развитие на лидерска компетентност в сферата на здравеопазването, непубл. хабилит. труд, София, 2010.
5. **Балканска, П.:** Приложна психология в медицинската практика, София, 2000, с. 163
6. **Балканска, П.:** Психологът в помощ на мениджъра, Здравен мениджмънт, том 4, 5, 2004, 26-29.
7. **Борисов, В.,** Зл. Глутникова, Ц. Воденичаров: Ново обществено здравеопазване, Акваграфикс ООД, София, 1998
8. **Борисов, В.,** К. Кирилов: Мениджмънт на кариерата. В: Ново обществено здравеопазване, 1998, с. 282-284.
9. **Борисов, В.:** Здравен мениджмънт, 2009, с. 280
10. **Борисов, В.:** Стратегически здравен мениджмънт, 2006, с. 319
11. **Борисов, В.:** Управленският професионализъм в здравеопазването – реалност или мит? - Медицински меридиани, списание за стратегически здравен мениджмънт, 2014
12. **Веков, Т.:** Стратегия и управление на маркетинга – принципи и приложение в здравеопазването. С., 2011, 320 с.
13. **Воденичаров, Ц. /** Попова, С. „Социална медицина“, София, 2009
14. **Воденичаров, Ц. /** Попова, С.: Медицинска етика, София, 2010

15. **Воденичаров, Ц.,** В. Борисов, Ст. Гладилев, К. Чамов, Д. Кръшков.: Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване. Здравен мениджмънт, 2008, том 8, №1, 53-61.
16. **Воденичаров, Ц.:** 10-те принципа на медика и мениджъра, София, 2010, с.140
17. **Воденичаров, Ц.:** 7-те разлики между медика и мениджъра, София, 2003, с.75
18. **Воденичаров, Ц.:** Професионалният здравен мениджмънт няма алтернатива, списание Медицински меридиани, 2014г., бр. 2, 3-7 стр.
19. **Гладилев, Ст.,** Делчева, Ев.: Икономика на здравеопазването, 4. издание, София, 2009, с. 486
20. **Гладилев, Ст.,** Делчева, Ев.: Начини на финансиране на здравеопазването, Икономика на здравеопазването, София, 2000
21. **Гладилев, Ст.,** Янакиева, А., Воденичарова, А.: Маркетинг в здравеопазването, Принцепс Маринови ООД, София, 2015, с. 218
22. **Гладилев, Ст.:** Икономически аспекти на изграждане на капацитета на здравеопазването в Република България, София, 2004
23. **Гончев, Вл.:** Формиране и професионално развитие на здравните мениджъри в условията на здравна реформа в Република България. Автореферат, 2009, 50 с.
24. **Димитров, Д.:** Проблеми на професионалната кариера на болничния мениджър. Автореферат, 2008
25. **Димитров, Д.:** Управленска компетентност на началник отделенията и старшите сестри, Здравна политика и мениджмънт, 2008, 76-79.
26. **Димитров, Д.:** Ефективният болничен мениджър. 2009, 96 с.
27. Доклад «Здравеопазване 2014г. на Българска стопанска камара: състояние, проблеми, решения, предизвикателства», март 2014г.
28. **Дракър, П.:** Мениджмънт на предизвикателствата през 21 век. Издателство “Класика и стил”, 2000;
29. **Еленски, К.:** Структура и особености на пазара на здравни услуги в България, Дипломна работа, Пловдив, 2002, 60 с.
30. **Закон за здравето**
31. **Закон за здравното осигуряване**

32. **Закон за лечебните заведения**
33. **Кирилов, К.:** Маркетинг в здравеопазването, София, 2001, с 160
34. **Китов, Б.:** Болничен мениджмънт - теория и актуални подходи. Изд. Булгарика, 2003, 56 с.
35. **Костадинова, Т.:** Маркетингови подходи и управление на болницата. – Здравна икономика и мениджмънт, 2001, 2, 3-12.
36. **Котлър, Ф.:** Хаотика Мениджмънт и маркетинг в епохата на турболентността, София 2009, с. 262
37. **Маринова, Е.:** Маркетинг, 4 издание, 1999, с. 411
38. **Младенов, А.:** Приложение на маркетинговите концепции в съвременната болница. Дисертация, 2013, 270 с.
39. **Петков, В.:** Удовлетвореност от качеството на медицинската помощ след въвеждането на задължителното здравно осигуряване, сп. Здравен мениджмънт, 2004, Бр. 4, стр. 28
40. **Петров, М., М. Александрова:** Непрекъснато обучение и професионализъм. В: Етиката в българското здравеопазване, 2007, 347-353.
41. **Петрова, З. / Чамов, К. / Гладилов, Ст.:** Качеството в здравеопазването. Съвременни измерения и тенденции, „Хелт Медиа Груп“, 2008, ISBN 078–954–92188-1-7
42. **Попов, Т.:** Мотивацията за учене на обучаваните в системата на общественото здраве. – Здравен мениджмънт, 2006, 2, 55-60.
43. **Попова, Кр.:** Клиничен мениджмънт като концепция и практика – Медицински меридиани, 2010, 2, 2-6.
44. **Попова, С.:** Социалноетични измерения на здравния мениджмънт. 2004, 140 с.
45. **Проданова, Я. / Спасов, Л. / Иванов, Л.:** Регулиращо управление в здравеопазването. Здравна политика и мениджмънт, 2011, бр. 5, с. 37-39
46. **Ходак, Е.:** Как оценить эффективность внедрения CRM –систем – Коммерческий директор, 2006, No 2, с. 56-78
47. **Христов, Ж. / Стоянов, Др.:** Психология на управлението в здравеопазването, Пловдив, 2009, с. 135
48. **Чамов, К., А. Кехайов.** Технология за избор на приоритети в здравеопазването. – Здравен мениджмънт, 2006, 6, 51-56.

49. **Чамов, К.:** Здравеопазване – системи. Реформата на здравеопазването в България. В: Здравна икономика, Стови, Пловдив, 2001, 201-207.
50. **Черкезов Т.:** Удовлетвореност на пациентите от болнично лечение, Медицински меридиани, бр. 3, 2013, стр. 8-14
51. **Черкезов, Т.:** Регионални здравни приоритети базирани върху системен анализ на общественото мнение, АБ ЕООД, Стара Загора, 2013, ISBN 978-954-652-021-0
52. **Черкезов, Т.:** Справедливост и ефективност на болничното финансиране, IV международен конгрес на югоизточноевропейския медицински форум (ЮЕМФ), 11-15.09.2013, Порторож, Словения, Цборник доклади, стр. 105
53. **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
54. **Янакиева А.:** Маркетинг на дейността медицински патронаж в домашни условия, Ивент Куин, София, 2014с. 146
55. **Янева, Р.:** Микроикономикс на болничното лечебно заведение, София, 2011
56. **АМАСОМ-American Management Association, Productivity Drive, People Management,** April, 2004
57. **Becker, J.:** Marketing-Konzeption – Grundlagen des strategischen und operativen Marketing-Managements, München, 1998
58. **Becker, W.:** Verkaufspsychologie: theoretische Grundlagen und praktische Anwendungen, München / Wien, 1998
59. **Berekoven, L. / Eckert, W. / Ellenrieder, P.:** Marktforschung: Methodische Grundlagen und praktische Anwendung, 11. Auflage, Wiesbaden, 2006
60. **Bieberstein, I.:** Dienstleistungs-Marketing, 2. Auflage, Kiel, 1998
61. **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
62. **Council of Europe, (2006).** Recommendations of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care; COM(2000)285 final from 16.05.2000;
63. **Davies, H., S.Harrison.:** Trends in doctor-manager relationships. BMJ, 2003, 326, 646-649.

64. **Davis, C.:** Patient Practitioner Interaction: An experimental Manual for Developing the Art of Health Care, 5th edition, SLACK Incorporated, 2011, p. 296
65. **Drucker, P.:** Management: Tasks, Responsibilities, and Practices, New York, 1973
66. **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.
67. **Duncan, W., P. Ginter, L. Swayne.:** Strategic Management of Health Care Organizations. Boston, 1992, 788.
68. **Engelhardt, W. / Kleinaltenkamp, M. / Recktenfelderbäumer, M.:** Dienstleistungen als Absatzobjekt, Arbeitsbericht № 52 des Instituts für Unternehmensführung und Unternehmensforschung, Bochum, 1992
69. **European health policies** - moving towards market in health? Eurohealth, 9, 2004, 4, 18-21.
70. **Felser, G.:** Werbe- und Konsumentenpsychologie, 2. Auflage, Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart, 2001, S. 36
71. **Fiechter, V. / Meier, M.:** Pflegeplanung, Eine Anleitung für die Praxis, 10. Auflage, Fritzlar 1998
72. **Gleitman, H.:** Psychologie, 4. Auflage, Pennsylvania, 1994
73. **Grifith, J., White, K.:** The revolution in hospital management. – Journal of Healthcare Management, 2005,5, 49-55.
74. **Grönroos Ch.:** Service management and marketing: a customer relationship management approach, Wiley, 2000, Second edition
75. **Hasseler, M. / Meyer, M.:** Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte für die Zukunft, Schlütersche, 2004, 172 p.
76. **Hinterhuber, H. H. / Handlbauer, G. / Matzler, K.:** Kundenzufriedenheit durch Kernkompetenzen – Einige Potentiale erkennen – entwickeln – umsetzen, München – Wien, 1997
77. **Joas, A. / Prommer, H. U.:** Benchmarking, Band 1, Stuttgart, 1998
78. **Jolly, D., I. Gerbaud:** The hospital of tomorrow. WHO, Geneva, 2001, 56 p.
79. **Juchli, L.:** Pflege – Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege, 7. Neubearbeitete Auflage, Stuttgart / New York 1994

80. **Kotler, P.** / Armstrong, G.: Grundlagen des Marketings, 4. Auflage, Stuttgart 2001
81. **Kotler, P.** / Bliemel, F.: Marketing – Management Analyse, Planung, Umsetzung und Steuerung, 9. Auflage, Stuttgart 1999
82. **Kotler, P.:** Marketing Management, The Millenium Edition, New Jersey 2000
83. **Kotler, Ph.** / Shalowitz, J. / Stevens, R.J.: Strategic Marketing for Health Care Organizations. Building a Customer-Driven Health System, San Farnciso, 2008
84. **Kotter, J.:** Leading Change, Harward Business School Press , 1996.
85. **Kroeber-Riel, W.** / Weinberg, P.: Konsumentenverhalten, 6. Auflage, München, 1996
86. **Kruse, C.** / Siegel, B.: Zusammenarbeit zwischen Arzt, Kostenträger und Pflegedienst zur Sicherung der Arzneimittleinnahme bei geriatrischen Patienten – Ein Modellprojekt, in: Trommsdorff Arzneimittel GmbH & Co., 2. Geriatrisches Ruhrsymposium: Vorteile oder Vorurteile? Zusammenarbeit zwischen Klinik, Praxis und Pflege, Alsdorf 1997
87. **Kruse, M.:** Marketing ambulanter Pflegedienste, Deutscher Universitäts-Verlag, 2002, 330 p.
88. **Lauterbach, M.:** Die Multilokalität späterer Familienphasen – Zur räumlichen Nähe und Ferne der Generationen, in: Zeitschrift für Soziologie, Jahrgang 27, Heft 2, April 1998
89. **Magrath, A. J.:** When Marketing Services, 4 Ps are not enough, Business Horizons, Nr. 29, May, 1997
90. **Maleri, R.:** Grundlagen des Dienstleistungsproduktion, 3. Auflage, Berlin, 1994
91. **Marhold, D.** / Happe, K.: Pflegestandards – Pro und Contra, in Pflege & Gesellschaft, 4Jg., Heft 1, Februar / März 1999
92. **Markowitsch, H. J.:** Neuropsychologie des Gedächtnisses, Stuttgart, 1997
93. **Maslow A.:** Psychologie des Seins: Ein Entwurf, München: Kindler, 1973
94. **Meffert, H.** / Bruhn, M.: Dienstleistungsmarketing – Grundlagen – Konzepte – Methoden mit Fallbeispielen, Wiesbaden, 1997
95. **Meffert, H.:** Marketing Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung Konzepte – Instrumente – Praxisbeispiele; Wiesbaden 1998
96. **Meyer, A.** / Werterbarkey, P.: Bedeutung der Kundenbeteiligung für die Qualitätspolitik von Dienstleistungsunternehmen, 2. Auflage, Wiesbaden, 1995

97. **Nieschlag, R.** / Dichtl, E. / Hörschgen, H.: Marketing, 18 Auflage, Berlin, 1997
98. **Pappi, F. U.**: Soziale Netzwerke, Opladen, 1997
99. **Porter, M.**, Teisberg, E.: Redefining competition in healthcare. - Harvard Business Review, (2004). 82(6), 65—77.
100. **Porter, M.**: Competitive Strategy, New York, 1980
101. **Ries, A.**, Trout, J. “Positioning: The Battle for Your Mind”, New York, 1982
102. **Schäffler, A.** / Menche, N. / Balzen, U.: Pflege heute: Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe, Ulm, 1997
103. **Schierenbeck, H.**: Grundzüge der Betriebswirtschaftslehre, München
104. **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
105. **Strategy visions for European Healthcare at the beginning of the 21 century**, Report to the European Parliament, 4.12.2003
106. **Thommen** , Achleitner, Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, Gabler, 3. Auflage
107. **Uhl, A.**: Qualitätsentwicklung sozialer und gesundheitlicher Dienste für Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf, Lit Verlag, 2008, 231 p.
108. **Vakratsas, D.** / Ambler, T.: How advertising Works: What do we really know?, Journal of Marketing, Volume 63, Number 1, January, 1999
109. **Weh, H.** / Sieber, B.: Pflegequalität, München / Wien / Baltimor 1995
110. **Zentes, J.**: Grundbegriffe des Marketing, 4. Auflage, Stuttgart, 1996
111. http://www.az.government.bg/Projects/Prog/AHU/Frame_AHU.htm
112. <http://www.bapp.info/bapp.htm>
113. <http://www.blgmun.com/bg/cms/content/266>
114. <http://www.icn.ch/>

Приложение 1

Списък на фигурите

Фиг. 1. Традиционният път на маркетинга.

Фиг. 2. Създаване на стойност в маркетинга.

Фиг. 3. Пирамида на потребностите на Маслоу.

Фиг. 4. Матрица на услугите.

Фиг. 5. Четири варианта продукт/пазар на апарати за измерване на кръвно налягане.

Фиг. 6. Възрастово разпределение на анкетирания пациенти.

Фиг. 7. Образователен ценз на анкетирания пациенти.

Фиг. 8. Разпределение по пол на анкетирания пациенти.

Фиг. 9. Разпределение на лекуваните пациенти по отделения.

Фиг. 10. Цялостно впечатление за болницата.

Фиг. 11. Дружелюбност на служителите според пациентите.

Фиг. 12. Съдействие при попълване на документи за прием в болницата.

Фиг. 13. Оценка на показаното уважение на медицинските специалисти към пациентите според последните.

Фиг. 14. Начин на получаване на информация от лекуващия лекар за вида на заболяването.

Фиг. 15. Предоставяне информация за вида на заболяването от лекуващия лекар.

Фиг. 16. Обяснение от лекуващия лекар за нуждата и вида на изследванията.

Фиг. 17. Информация от лекуващия лекар относно рисковете и възможните алтернативи за лечение.

Фиг. 18. Получаване на подробна информация за процеса на провеждане на лечението.

Фиг. 19. Съпоставка на получаване на подробна информация за заболяването и информация за крайните резултати за процеса на провеждане на лечението.

Фиг. 20. Получена информация за крайните резултати от лечебния процес сред пациентите по отделения.

Фиг. 21. Сравнение на удовлетвореността от лекарския екип и готовността за препоръка на отделението.

Фиг. 22. Съпоставка на мнението на пациентите относно удовлетвореността от лекарския екип по отделения.

Фиг. 23. Сравнение на удовлетвореността от сестринския екип и готовността за препоръка на отделението.

Фиг. 24. Мнение на пациентите за удовлетвореността от сестринския персонал по отделения.

Фиг. 25. Съпоставка на мнението на пациентите за готовността за препоръка на болницата в следствие степен на излекуване след болничното лечение.

Фиг. 26. Готовност на пациентите за препоръка на болницата на други по отделения.

Фиг. 27. Удовлетвореност от количеството храна по време на продължителността на лечение.

Фиг. 28. Сравнение на удовлетвореността от количеството храна и готовността за препоръка на отделението.

Фиг.29. Удовлетвореност от качеството на храната по време на продължителността на лечение.

Фиг. 30. Сравнение на удовлетвореността от качеството на храната и готовността за препоръка на болницата.

Фиг. 31. Удовлетвореност от хигиената в болницата.

Фиг. 32. Удовлетвореност на пациентите от хигиената в отделенията.

Фиг. 33. Сравнение на удовлетвореността от хигиената в болницата и готовността за препоръка.

Фиг. 34. Удовлетвореност от оборудването на болничната стая.

Фиг. 35. Мнение на пациентите за удовлетвореността от оборудването на стаята по отделения.

Фиг. 36. Сравнение на удовлетвореността от оборудването на стаята в болницата и готовността за препоръка.

Фиг.37. Оценка на дружелюбността на медицинския персонал по отделения в V-та МБАЛ-София ЕАД.

Фиг. 38. Оценка на пациентите по отделения за показаното към тях уважение.

Фиг. 39. Избор на постъпване в болницата от пациентите по отделения.

Фиг. 40. Време за чакане на пациента за прием в болницата по отделения.

Фиг. 41. Получена информация за пациентите за купуването на консумативи, които НЗОК не заплаща и които могат да бъдат закупени от аптеката на болницата на цената която болницата ги купува.

Фиг. 42. Начин на запознаване с правата като здравноосигурено лице на анкетирания пациенти.

Фиг. 43. Информация за предвидената продължителност на лечение в болницата по клинична пътека.

Фиг. 44. Получаване на указания за режима, който трябва да се спазва съобразно заболяването, при напускане на болницата.

Фиг. 45. Получаване на епикриза и насрочване на дата за контролен преглед.

Фиг. 46. Значение на рекламата по средствата за масова информация според пациентите.

Фиг. 47. Мнение на пациентите за важността от реклама на болничното заведение по средствата за масова информация.

Фиг. 48. Необходимост от допълнително обслужване на пациентите по домовете при допълнително заплащане от тяхна страна според анкетирания пациенти.

Фиг. 49. Съпоставката на мнението на пациентите относно нуждата болницата да предлага допълнително обслужване по домовете на пациентите при допълнително заплащане по отделения

Фиг. 50. Съпоставка на впечатлението на пациентите за болницата и оценката на престоя за положени грижи в процеса на лечение.

Фиг. 51. Съпоставка на пациентите от впечатлението им за съдействие при попълване на документи за прием и времето за чакане за прегледи, изследвания и оформяне на документи.

Фиг. 52. Връщани пациенти за корекция на документи, правене на изследвания и консултации.

Фиг. 53. Съпоставка на избора на пацинета за постъпване в болницата и удовлетвореността от първоначалния преглед и назначеното лечение.

Фиг. 54. Удовлетвореност на пациентите от първоначалния си преглед и назначеното лечение по отделения.

Фиг. 55. Сравнение на дружелюбността на медицинския персонал и удовлетвореността от първоначалния преглед.

Фиг. 56. Оценка на пациентите за информацията, получена за протичането на сестринските грижи съпоставена с удовлетвореността на пациента от сестринския персонал.

Фиг. 57. Оценка на получената информация за процеса на провеждане на лечението по отделения.

Фиг. 58. Сравнение на избора при постъпване в болницата и удовлетвореността на пациентите от проведеното лечение.

Фиг. 59. Удовлетвореност на пациентите от проведеното лечение по отделения.

Фиг. 60. Съпоставяне на резултатите за заплащането за престоя на пациентите в болницата и начина на заплащането им.

Фиг. 61. Получаване на финансов документ за платената сума от пациентите.

Фиг. 62. Препоръки на пациентите към ръководството на болницата, оценили дружелюбността на служителите.

Фиг. 63. Професия на анкетираните медицински специалисти.

Фиг. 64. Разпределение по възрастови групи.

Фиг. 65. Разпределение на медицинските служители по пол.

Фиг. 66. Професионален стаж в здравеопазването.

Фиг. 67. Разпределение на анкетираните медицински специалисти по заетост в отделенията на болницата.

Фиг. 68. Необходимо време за преглед или попълване на документи от медицински специалисти.

Фиг. 69. Значение на информирането на пациента за вида на заболяването му.

Фиг. 70. Мнение на медицинските специалисти за значението на информирането на пациента за предстоящите изследвания.

Фиг. 71. Значение на предоставянето на информация относно рисковете, лечението и възможните алтернативи.

Фиг. 72. Сравнение мнението на анкетираните медицински специалисти относно оценката на съдействието при попълване на документи за прием в болницата и времето, необходимо за преглед или оформяне на документи.

Фиг. 73. Съпоставка на оценката на специалистите относно грижите, свързани с информирането на пациентите за протичането на дневните манипулации като визитация, свиждания, изследвания и други и важноста на информирането на пациентите за вида на заболяването им.

Фиг. 74. Сравнение на оценката за сестринските грижи и нуждата да се информира пациентът за вида на заболяването му.

Фиг. 75. Необходимост от обясняване на пациента какви изследвания трябва са нужни и значимостта от обяснение на рисковете и лечението, което се налага.

Фиг. 76. Удовлетвореност от оборудването на болницата по професии.

Фиг. 77. Съпоставката на мнението на медицинските специалисти относно качеството и количеството на храната в болницата по време на продължителността на лечение.

Фиг. 78. Нужда от предлагане на услуга за допълнително обслужване по домовете за пациентите при допълнително заплащане.

Фиг. 79. Готовност за преминаване на допълнително обучение за специфични грижи в дома.

Фиг. 80. Разпределение на медицинските специалисти по пол за готовността за преминаване на допълнително обучение за специфични грижи по домовете.

Фиг. 81. Сравнение на готовността за преминаване на допълнително обучение за специфични грижи при медицинския патронаж в домашни условия по професии.

Фиг. 82. Значение на рекламирането на болницата по средствата за масова информация.

Фиг. 83. Необходимост от маркетингов подход в управлението на болницата.

Фиг. 84. Оценка на трудностите при използване на маркетинговите инструменти в болничния сектор в България.

Фиг. 85. Оценка на ефективността при използване на възможностите на маркетинга в болницата.

Фиг. 86. Неудовлетворени потребности сред пациентите в болницата.

Фиг. 87. Мнение на различните професии за съществуването на неудовлетворени потребности от медицинска помощ.

Фиг. 88. Съпоставката на мнението на специалистите за необходимостта от маркетингов подход в управлението на болницата и съществуването на неудовлетворени потребности от медицинска помощ.

Фиг. 89. Наличност на маркетингов план на отделението.

Фиг. 90. Разработване и прилагане на маркетингов план по професии.

Фиг. 91. Условия за разработване на маркетингови прогнози за бъдеща дейност.

Фиг. 92. Оценка на информираността на обществото за характера, възможностите и качеството на медицинската помощ, която може да предостави тяхното звено.

Фиг. 93. Необходимост от маркетингов подход и информираност на населението за възможностите и качеството на медицинското обслужване.

Фиг. 94. Мнението на различните специалисти относно необходимостта от маркетингов подход в управлението на болницата.

Фиг. 95. Използване на вестници и списания за информиране на обществеността за предлаганите медицински услуги.

Фиг. 96. Използване на специални печатни издания, като брошури, листовки и други за информиране на обществеността за предлаганите медицински услуги.

Фиг. 97. Използване на радио ефира за информиране на обществеността за предлаганите медицински услуги.

Фиг. 98. Използване на телевизията за информиране на обществеността за предлаганите медицински услуги.

Фиг. 99. Използване на интернет за информиране на обществеността за предлаганите медицински услуги.

Фиг. 100. Информирание на обществеността за предлаганите медицински услуги чрез семинари, конференции и други.

Фиг. 101. Информирание на обществеността за предлаганите медицински услуги чрез изнасяна лекции и беседи пред различни групи от населението.

Фиг. 102. Прилагане на конкурентен анализ в дейността на болницата или отделението.

Фиг. 103. Прилагане на метода на конкурентен анализ в ежедневната работа по професии.

Фиг. 104. Запознатост на медицинските служители за целевите контингенти от пациенти, към които биха насочили маркетингови инструменти като реклама и други комуникационни стратегии.

Фиг. 105. Период на провеждане на анонимни анкети относно удовлетвореността на пациентите от качеството на медицинската помощ.

Фиг. 106. Готовността за съобразяване със специфичните желания за отношение и обгрижване на пациентите.

Фиг. 107. Мнение на медицинските специалисти за факторите влияещи на удовлетвореността на обслужваното лице.

Фиг. 108. Критерии за удовлетвореността на обслужваното лице според мнението на различните медицински специалисти.

Фиг. 109. Оценка на качеството на храната в болницата.

Фиг. 110. Оценка на количеството храна по време на продължителността на лечение от медицинските специалисти.

Фиг. 111. Удовлетвореност на медицинските специалисти от оборудването в болницата.

Фиг. 112. Удовлетвореност от хигиената в болницата.

Фиг. 113. Препоръки към ръководството на болницата от различните професии.

Приложение 2

Списък на таблиците

Табл. 1. Маркетингови стратегии.

Табл. 2. Сравнителна таблица на свободния пазар и пазара в системата на здравеопазването.

Приложение 3

АНКЕТА ЗА ПАЦИЕНТИ

УВАЖАЕМА Г-ЖО/Г-Н ПАЦИЕНТ,

Благодарим, че избрахте за болничния си престой нашите клиници. Ние искаме да отговорим на Вашето доверие с най-доброто медицинско обслужване и сестрински грижи. Високото качество на предлаганите от нас услуги е най-важната цел на Пета Градска Болница.

Анкетната карта е разработена, за да защити правата **Ви** като пациенти, да установи и подобри качеството на медицинската помощ, условията в отделенията и отношението на персонала към Вас. Т.к. искаме нашите пациенти да са доволни, молим да споделите Вашите желания, потребности и мнение, за да ориентираме спектъра от услуги към най-иновативното.

Тази анкета е анонимна и нейната цел е проучване на мнението на пациентите за удовлетвореността от медицинската помощ, сестринските грижи, организацията и обслужването, както и условията в болницата.

Отразената в анкетата информация ще помогне на персонала да повиши качеството на медицинската помощ и да подобри условията за лечение.

Моля да попълните анкетата след оформяне на документите за изписване и я пуснете в специалната, предназначена за целта кутия, намираща се в коридора на отделениято.

Благодарим за отделеното време!

Обща информация:

	Много добро	Добро	Приемливо	Лошо
1. Какво е цялостното Ви впечатление за болница?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Как оценявате административния прием на пациенти?				
а. Дружелюбност на служителите	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
б. Съдействие при попълване на документи за приема в болницата	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Как оценявате грижата от персонала?				
а. Дружелюбност на медицинския персонал	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
б. Информация за протичане на дневните манипулации като визитация, свиждания, изследвания и др	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
в. Информацията за протичане на сестринските грижи	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Как оценявате защитата на личното Ви пространство?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Как оценявате показаното уважение към Вас?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Информация относно административното обслужване в болницата:

6. Как избрахте да постъпите в болницата?

- О по препоръка на личния ми лекар/лекар специалист;
 - О изпратиха ме от друга болница;
 - О избрах я сам поради личен опит и доверие в лекарите;
 - О нямах друг избор, постъпих по спешност;
 - О по препоръка на близки/познати
- 7. При постъпването Ви в болницата наложили се да чакате за прегледи, изследвания или оформяне на документи?**
- О около 30 минути
 - О около 1 час
 - О до 2 часа
 - О над 2 часа
- 8. Връщаха ли Ви за корекция на документи, правене на изследвания, консултации и др.?**
- О да върнаха ме един път
 - О връщаха ме няколко път
 - О не, не са ме връщали
- 9. Лекуващият лекар представи ли Ви се?**
- О да представи се без да го питам
 - О представи се след като попитах
 - О не
- 10. Лекуващият лекар информира ли ви за вида на заболяването?**
- О да без да го питам изрично
 - О да след като попитах
 - О не
- 11. Лекуващият лекар обясни ли Ви какви изследвания трябва да се направят?**
- О да, без да питам изрично
 - О да, след като попитах
 - О не
- 12. Лекуващият лекар обясни ли Ви какви рискове има, какво лечение се налага и какви възможни алтернативи има?**
- О да, без да питам изрично
 - О да, след като попитах
 - О не
- 13. Запознаха ли Ви с правата Ви на пациент и здравноосигурено лице**
- О да, без да питам изрично
 - О да, след като попитах
 - О не
- 14. Ако се е наложило да заплащате консумативи необходими за лечението Ви по клинична пътека, които НЗОК не заплаща, информираха ли Ви, че такива се намират в аптеката на болницата и ще ги заплатите в касата на цената, на която са закупени от болницата?**
- О да, без да питам изрично
 - О да, след като попитах
 - О не
- 15. Получихте ли информация за предвидения престой в болницата по клиничната пътека?**

- да, без да питам изрично
- да, след като попитам
- не

16. За престоя си в болницата заплатих:

- потребителска такса
- дарение
- избор екип
- други услуги

17. Платих на:

- касата
- лекар
- медицинска сестра
- санитар
- друг

18. Получихте ли финансов документ за платената сума?

- да, без да питам изрично
- да, след като попитам
- не

19. При напускането на болницата получихте ли указания за режима, който трябва да спазвате съобразно заболяването си?

- да, без да питам изрично
- да, след като попитам
- не

20. Получихте ли епикриза и определиха ли ви дата за контролен преглед?

- да, без да питам изрично
- да, след като попитам
- не

21. Според Вас, от значение ли е болницата да се рекламира по средствата за масова информация?

- да, моля опишете причините за това
- не

22. Според Вас има ли нужда болницата да предлага допълнително обслужване по домовете на пациентите при допълнително заплащане?

- да, бих се възползвал/а
- да, но не бих плащала допълнително
- не, няма нужда

Информация относно медицинското обслужване в болницата:

23. Доволни ли сте от първоначалния преглед и назначеното лечение?

- много съм доволен
- доволен съм
- нито доволен, нито недоволен
- недоволен съм
- много съм недоволен

24. Доволни ли сте от проведеното лечение на Вашето заболяване в отделениято?

- много съм доволен
- доволен съм
- нито доволен, нито недоволен
- недоволен съм

много съм недоволен

25. Смятате ли се за напълно излекуван и удовлетворен от лечението на Вашето заболяване?

- напълно излекуван
- временно, частично излекуван
- без промяна в състоянието ми

26. Получихте ли подробна информация за заболяването си?

- пълна и подробна информация
- частична информация
- недостатъчна информация
- никаква информация

27. Получихте ли подробна информация за процеса на провеждане на лечението?

- пълна и подробна информация
- частична информация
- недостатъчна информация
- никаква информация

28. Получихте ли подробна информация за крайните резултати от лечебния процес?

- пълна и подробна информация
- частична информация
- недостатъчна информация
- никаква информация

29. Доволни ли сте от лекарския екип?

- много съм доволен
- доволен съм
- нито доволен, нито недоволен
- недоволен съм
- много съм недоволен

30. Доволни ли сте от сестринския персонал?

- много съм доволен
- доволен съм
- нито доволен, нито недоволен
- недоволен съм
- много съм недоволен

31. Каква оценка бихте дали на престоя си в болницата за положените грижи в процеса на Вашето лечение?

От 1 до 6

Информация относно храна и хигиена в болницата:

32. Доволни ли сте от качеството на храната по време на болничния престой?

- много съм доволен
- доволен съм
- нито доволен, нито недоволен
- недоволен съм
- много съм недоволен

33. Доволни ли сте от количеството на храната по време на болничния престой?

- много съм доволен
- доволен съм
- нито доволен, нито недоволен
- недоволен съм
- много съм недоволен

34. Доволни ли сте от оборудването на болничната стая?

- много съм доволен
- доволен съм
- нито доволен, нито недоволен
- недоволен съм
- много съм недоволен

35. Доволни ли сте от хигиената в болницата?

- много съм доволен
- доволен съм
- нито доволен, нито недоволен
- недоволен съм
- много съм недоволен

Демографска информация

36. Вие сте пациент на.....възраст

37. Пол

- мъж
- жена

38. Вашето образование е

- висше
- полувисше
- средно
- основно
- нямам образование

39. В кое отделение беше проведено лечението Ви?

.....

.....

40. Бихте ли препоръчали отделението на Ваши близки и познати?

- да
- не знам
- не

41. Моля да посочите конкретни препоръки и предложения към ръководството на болницата и екипа на отделението, в което е проведено лечението:

.....

.....

.....

.....

.....

Благодарим за отделеното време!

Приложение 4

АНКЕТА ЗА МЕДИЦИНСКИ СПЕЦИАЛИСТИ

УВАЖАЕМИ КОЛЕГИ,

Настоящата анкетна карта е разработена да установи и подобри качеството на медицинската помощ, условията в отделенията и работната среда. Тя е анонимна и нейната цел е да подпомогне разработването и прилагането на маркетингови инструменти и концепции в Пета Градска Болница.

Отразената в анкетата информация ще помогне да се повиши качеството на медицинската помощ и да се подобрят условията за лечение.

Предварително Ви благодарим за грижливото, коректно и изчерпателно попълване на анкетата.

Обща информация:

	Много добро	Добро	Приемливо	Лошо
1. Какво е цялостното Ви впечатление за болница?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Как оценявате административния прием на пациенти?				
а. Дружелюбност на служителите	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
б. Съдействие при попълване на документи за приема в болницата	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Как оценявате грижата от персонала?				
а. Дружелюбност на медицинския персонал	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
б. Информация за протичане на дневните манипулации като визитация, свиждания, изследвания и др	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
в. Информацията за протичане на сестринските грижи	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Как оценявате защитата на личното пространство на пациентите?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Информация относно административното обслужване в болницата:

6. Според Вас, колко време се налага да чака за преглед, изследвания, или оформяне на документи един пациент?

- по-малко от 30 минути
- около 30 минути
- около 1 час
- до 2 часа
- над 2 часа

7. Според Вас, важно ли е да се информира пациента за вида на заболяването му?

- да, важно е

- колкото е важно, толкова и не е
 не, не е важно
8. Според Вас, важно ли е да се обясни какви изследвания трябва да се направят?
 да, важно е
 колкото е важно, толкова и не е
 не, не е важно
9. Според Вас, важно ли е да се обясни какви рискове има, какво лечение се налага и какви възможни алтернативи има?
 да, важно е
 колкото е важно, толкова и не е
 не, не е важно
10. Според Вас, от значение ли е болницата да се рекламира по средствата за масова информация?
 да, моля опишете причините за това
.....
 не
11. Според Вас има ли нужда болницата да предлага допълнително обслужване по домовете на пациентите при допълнително заплащане от тяхна страна?
 да, бих се възползвал/а
 да, но не бих плащала допълнително
 не, няма нужда

Информация относно прилагане на маркетингови подходи:

12. Според Вас доколко е необходим маркетинговият подход в управлението на една болница?
 Абсолютно необходим
 Необходим в определена степен
 Необходим в малка степен
 Не е необходим
13. Има ли трудности за използването на маркетинга в болничния сектор у нас?
 Има силно изразени
 Има средно изразени
 Има слабо изразени
 Няма
14. Доколко ефективно се използват възможностите на маркетинга в дейността на вашата болница?
 Ефективно
 По-скоро ефективно
 По-скоро неефективно
 Неефективно
15. Считате ли, че има неудовлетворени потребности от медицинска помощ, които понастоящем не са обект на вашата дейност, но които можете да обхванете в бъдеще?
 Има в значителен обем
 Има в ограничен обем
 Няма
 Не разполагам с информация
16. Има ли маркетингов план Вашето отделение (клиника)?
 Не
 Да.
17. Имате ли условия за разработване на маркетингови прогнози за бъдеща дейност:

- Да, изцяло
- Отчасти
- Не

18. Доколко по Ваша преценка обществеността е информирана за характера, възможностите и качеството на медицинската помощ, която може да предостави Вашето звено:

- Информирана
- По-скоро информирана
- По-скоро неинформирана
- Неинформирана

19. Какви средства използвате за информиране на обществеността за предлаганите от Вас медицински услуги (оградете с кръгче съответния отговор)?

Използване средства за информиране	Никога	Рядко	Често	Винаги
Вестници, списания	1	2	3	4
Специални печатни издания (брошури, листовки и др.)	1	2	3	4
Радио	1	2	3	4
Телевизия	1	2	3	4
Интернет	1	2	3	4
Семинари, конференции	1	2	3	4
Изнасяне на лекции и беседи пред различни групи от населението	1	2	3	4
Други	1	2	3	4

20. Използвате ли конкурентен анализ в дейността си (имате ли информация за конкурентни медицински структури, публични и частни)?

- Да
- Отчасти
- Не

21. Имате ли ясно уточнени целеви контингенти (пациенти), към които да насочите бъдещата си дейност за комуникации и реклама?

- Да
- Отчасти
- Не

22. Провеждате ли анонимни анкети относно удовлетвореността на пациентите от качеството на медицинската помощ, която им оказва вашата структура:

- Много често – най-малко два пъти годишно
- Често – веднъж годишно
- Рядко – веднъж на няколко години
- Не се провеждат

23. Бихте ли преминали допълнително обучение (квалификация, специализация) за специфичните грижи при медицинския патронаж в домашни условия?

- Да, ако имам предоставена възможност от организацията
- Да, бих инвестирал в това лично, за да съм по-конкурентно способен

- Не мога да преценя
- Не, не разполагам с време за това
- Нямам интерес от допълнителна квалификация

24. Ако обслужваното лице има специфични желания за отношение и обгрижване, бихте ли се съобразили с него?

- Да
- На знам
- Не

25. Според Вас, кое е най-важното за удовлетвореността на обслужваното лице?

- Отношението на обслужващия го професионалист към него
- Отношението на обслужващия го професионалист към роднините му
- Работата с екип от професионалисти
- Начинът на работа
- Квалификацията и компетентността на обслужващия го професионалист(и)
- Друго, какво (моля посочете)
-

Информация относно храна и хигиена в болницата:

26. Какво е според Вас качеството на храната в болницата?

- много добро
- добро
- нито добро, нито лошо
- лошо
- много лошо

27. Смятате ли количеството на храната по време на болничния престой на пациентите за достатъчно?

- да, достатъчно е
- не мога да преценя
- не, не е достатъчно

28. Доволни ли сте от оборудването на болницата?

- много съм доволен
- доволен съм
- нито доволен, нито недоволен
- недоволен съм
- много съм недоволен

29. Доволни ли сте от хигиената в болницата?

- много съм доволен
- доволен съм
- нито доволен, нито недоволен
- недоволен съм
- много съм недоволен

Демографска информация

30. Вашата възраст

31. Пол

- мъж
- жена

32. Вашият общ професионален стаж в здравеопазването:

- До 10 години
- До 20 години
- Повече от 20 години

33. Каква е Вашата професия?

- Лекар
- Медицинска сестра
- Акушерка
- Рехабилитатор
- Друго

34. В кое отделение работите?

.....
.....

35. Моля да посочите конкретни препоръки и предложения към ръководството на болницата и екипа на отделението, в което е проведено лечението:

.....
.....
.....
.....
.....

Благодарим за отделеното време!