

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ СОФИЯ
Факултет по обществено здраве

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД
ПРИЛОЖЕНИЕ НА МАРКЕТИНГОВИТЕ КОНЦЕПЦИИ
В ДЕЙНОСТТА НА СЪВРЕМЕННАТА БОЛНИЦА

Д-р Андрей Младенов

Научен ръководител:
проф. д-р Веселин Борисов, д.м.н.

София, 2013

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ СОФИЯ

Факултет по обществено здраве

Д-р Андрей Младенов

**ПРИЛОЖЕНИЕ НА МАРКЕТИНГОВИТЕ
КОНЦЕПЦИИ В ДЕЙНОСТТА НА СЪВРЕМЕННАТА
БОЛНИЦА**

ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ОПТИМИЗАЦИЯ НА УПРАВЛЕНИЕТО НА
СЪВРЕМЕННАТА БОЛНИЦА ЧРЕЗ ПРИЛОЖЕНИЕ НА
МАРКЕТИНГОВИЯ ПОДХОД

Дисертационен труд

за присъждане на образователна и научна степен
„Доктор” по „Социална медицина и организация на
здравеопазването и фармацията”

Научен ръководител:

проф. д-р Веселин Борисов, д.м.н.

София, 2013 г.

СЪДЪРЖАНИЕ

СЪДЪРЖАНИЕ	2
ВЪВЕДЕНИЕ	10
ГЛАВА I	
ПРОУЧВАНЕ НА ПРИЛОЖЕНИЕТО НА МАРКЕТИНГОВИЯ ПОДХОД В СЪВРЕМЕННАТА БОЛНИЦА В БЪЛГАРИЯ, РАЗВИТИТЕ ЕВРОПЕЙСКИ СТРАНИ И САЩ	15
1. Нормативни предпоставки за изграждане и функциониране на болнично лечебно заведение с частна форма на собствеността	15
2. Маркетинг – общи бележки	16
2.1. Дефиниция за маркетинг	16
2.2. Маркетингът – от дефиниция към философия	17
2.3. Маркетингът като концепция и управленски подход	18
3. Маркетинг в сферата на здравеопазването. Специфика на здравните услуги	19
3.1. Понятие за услуга. Особенности на здравните услуги	21
3.2. Етика на здравните услуги	25
3.3. Социален маркетинг и здравни услуги	26
3.4. Маркетинг в лечебното заведение. Понятието „маркетинг-микс“	27
3.5. Маркетинг-микс – дефиниция и приложение в лечебните заведения	29
3.6. Други елементи на маркетинг-микса	35
3.7. Управление на повече на брой маркетинг-миксове. Портфолио мениджмънт	38
3.8. Качеството като неразделна част от маркетинговия подход. Практическо приложение на концепцията за качество	40
4. Бенчмаркингът като технология за осигуряване на качеството и на добро маркетингово планиране	42
4.1.1. Понятие за бенчмаркинг	42
4.1.2. Видове бенчмаркинг	42
4.1.3. Предимства на бенчмаркинга	43
4.1.4. Фази на бенчмаркинга	43
4.1.5. Проблеми на бенчмаркинга	44
5. Маркетингов план на лечебното заведение	45
5.1. Основни въпроси на маркетинг – плана	45
5.2. Структура и съдържание на маркетинг – плана	46
5.2.1. Анализ на пазарната ситуация	46
5.2.1.1. Регулативна макрорамка на пазара на здравни услуги	46
5.2.1.2. Описание на сегашното състояние	49
5.2.1.2.1. Анализ на външната среда	49
5.2.1.2.2. Анализ на поведението на потребителите на здравните услуги	49
5.2.1.2.3. Проучване на пазара	50
5.2.1.2.3.1. Източници на пазарни данни	50
5.2.1.2.3.2. Класификация и критерии за оценка на източниците на пазарни данни	52
5.2.1.2.4. Пазарно сегментиране	56

5.2.1.3. SWOT – анализ	59
5.2.1.4. Основни проблеми за решаване	60
5.2.1.5. Основни предположения за бъдещето	60
5.2.2. Формулиране на целите	60
5.2.3. Избор на маркетингова стратегия	60
5.2.4. План за действие	61
5.2.5. Подходи за оценка на маркетинг – плана	62
5.2.6. Взаимовръзка между стратегически план и маркетингов план на болнично лечебно заведение	62
ГЛАВА II	
ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО	65
ГЛАВА III	
АНАЛИЗИ НА СЪБРАНАТА И ОБОБЩЕНА ИНФОРМАЦИЯ. ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ.	69
1. Въведение	69
2. Анализ на резултатите от авторско проучване по предварително зададени в анкетна карта показатели	70
2.1. Структура и съдържание на анкетната карта	70
2.2. Кратко описание на болницата	71
2.3. Анализ на информацията по анкетната карта	73
2.3.1. Ограничителни условия на анкетата	73
2.3.2. Анализ на раздел I на анкетната карта: „Здравни услуги“	73
2.3.2.1. Вид на предлаганите здравни услуги	73
2.3.2.1.1. Основни показатели на дейността	75
2.3.2.1.2. Допълнителни показатели за дейността и специфични показатели за хирургичната дейност	81
2.3.2.1.3. Дейност на отделението по физикална и рехабилитационна медицина (без легла)	89
2.3.2.1.4. Дейност на параклиничните звена	90
2.3.2.1.5. Материално–техническа обезпеченост (диагностична апаратура)	94
2.3.2.1.6. Развитие на здравните услуги	94
2.3.2.2. Качество на предлаганите услуги	94
2.3.3. Анализ на раздел II на анкетната карта: „Ценообразуване“	98
2.3.3.1. Приходна част (финансиране)	98
2.3.3.2. Разходна част	100
2.3.4. Анализ на раздел III – „Дистрибуция“	104
2.3.4.1. Инфраструктура	104
2.3.4.2. Достъпност и обхват	104
2.3.5. Анализ на раздел IV – „Маркетинг и промоция“	105
2.3.5.1. Маркетингов план	105
2.3.5.2. Промоция	108
3. Бенчмаркинг на МБАЛ „Доверие“ с референтно болнично лечебно заведение	111
3.1. Методология на представения бенчмаркинг	111
3.2. Подготовка за бенчмаркинг	111
3.2.1. Ограничителни условия за провеждане	111

3.2.2.Описание на референтното болнично лечебно заведение.....	112
3.2.3.Анализ на сходствата и разликите между изследвания обект и референта	113
3.2.4.Предмет и обхват на бенчмаркинга.	115
3.3. Осъществяване на бенчмаркинга	116
3.3.1.Бенчмаркинг на ниво лечебни заведения	116
3.3.1.1.Структура и дейност на референтното лечебното заведение	116
3.3.1.2.Структура и дейност на изследваното лечебно заведение	117
3.3.1.3.Бенчмаркинг по структура и обхват на дейността на изследваното и референтното лечебно заведение	118
3.3.1.3.1.Съпоставка на показателите за дейността.....	118
3.3.1.3.2.Съпоставка на финансовите показатели	122
3.3.2.Бенчмаркинг на ниво клинични звена	127
3.3.2.1.Описание на дейността на референтните клинични звена на МБАЛ "Св.Ив.Рилски"ЕАД (2006-2007 г.)	127
3.3.2.2.Описание на дейността на анализираното отделение на МБАЛ „Доверие“АД (2006-2007 г.)	129
3.3.2.3.Бенчмаркинг по обхват на дейността на ниво клинични звена	130
3.3.2.4.Бенчмаркинг по показатели за дейността на сравняваните клинични звена	133
3.3.2.5.Принос на анализираното и референтните звена към цялостната дейност на болницата	137
4. Анализ на пазарните позиции на МБАЛ „Доверие“ АД. Насоки за разработване на маркетингов план.	141
4.1. Източници на данни за пазара на здравни услуги в системата на здравеопазването в България	141
4.1.1.Възможни източници на пазарни данни в България. Оценка на тяхната информативност.	141
4.1.1.1.Официални данни	143
4.1.1.2.Данни с ограничен достъп и данни от платени източници	146
4.1.1.3.Собствени данни	148
4.2. Позиции на МБАЛ „Доверие“ АД на пазара на здравни услуги в системата на здравеопазване в България	148
4.2.1.Място и значение на МБАЛ „Доверие“ АД в Националната здравна карта на Министерство на здравеопазването	148
4.2.2.Позиции на МБАЛ „Доверие“ АД спрямо данните за заболяемост и смъртност в София и страната	150
4.2.3.Общи позиции на МБАЛ „Доверие“ АД на пазара на здравните услуги, финансирани от Националната здравно-осигурителна каса	152
4.2.4.Пазарни позиции на МБАЛ „Доверие“ АД по отношение на вида и обема на оказваните здравни услуги, финансирани от НЗОК през 2012 г.	156
4.2.5.Потенциален пазар за навлизане от МБАЛ „Доверие“ АД	160
4.2.6.Развитие в пазара на здравни услуги, финансиран от други източници	166
4.3. Препоръки за разработване на маркетингов план	167
5. Обсъждане на резултатите	173

ГЛАВА IV	
ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ	181
1. Изводи	181
1.1. По отношение на регулативната макрорамка в сферата на здравеопазването в България	181
1.1.2. Към политиката на публично финансиране на болнични здравни услуги	181
1.2. По отношение на анализирания обект МБАЛ „Доверие“ АД	182
1.2.1. Управление на сградния фонд и материалната база	182
1.2.2. Управление на човешките ресурси	182
1.2.3. Управление на финансовите ресурси	183
1.2.4. Управление на техническите ресурси	183
1.2.5. Управление на дейността на болницата	183
1.2.6. Дейността на болницата в съпоставка с тази на друго болнично лечебно заведение	184
1.2.7. По отношение на прилагането на съвременния маркетинг в управлението на болницата	185
1.2.7.1. При настоящето пазарно позициониране на предлаганите услуги	185
2. Препоръки	187
2.1. Препоръки към регулативната макрорамка в сферата на здравеопазването в България	187
2.1.2. По отношение на финансирането на болнични здравни услуги	187
2.2. Препоръки към мениджмънта на МБАЛ „Доверие“ АД	188
2.2.1. По отношение на сградния фонд и разполагаемите технически, финансови и човешки ресурси	188
2.2.2. По отношение дейността и основните показатели на болницата	189
2.2.3. По отношение прилагането на маркетинговия подход в управлението на болницата	190
3. Заключение	192
БИБЛИОГРАФИЯ	194
ПРИЛОЖЕНИЕ I	
Списък на използваните нормативни актове	204
ПРИЛОЖЕНИЕ II	
Списък на клиничните пътеки, по които МБАЛ „Доверие“ АД обслужва здравно-осигурени пациенти през 2012 г.	207
ПРИЛОЖЕНИЕ III	
Анкетна карта за събиране и анализ на необходимата за маркетингови цели информация в болнично лечебно заведение	214
ПРИЛОЖЕНИЕ IV	
Попълнена анкетна карта за събиране и анализ на необходимата за маркетингови цели информация в МБАЛ „Доверие“ АД	226
ПРИЛОЖЕНИЕ V	
Структура и съдържание на маркетингов план на болнично лечебно заведение	264
ПРИЛОЖЕНИЕ VI	
Разработка на маркетингов план на болнично лечебно заведение с примери за попълване на всеки раздел	268

СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ В ТЕКСТА ГРАФИЧНИ И ТАБЛИЧНИ НАГЛЕДНИ СРЕДСТВА

1. Графики

Графика 1: Четирите етапа на жизнения цикъл на една услуга на пазара.....	38
Графика 2: Разпределение на леглата в МБАЛ „Доверие“ АД по отделения (2006 – 2010 г.) 77	
Графика 3: Разпределение на леглата в МБАЛ „Доверие“ АД по отделения (2011 г.).....	77
Графика 4: Използваемост на леглата в процентно изражение в МБАЛ „Доверие“ АД средно и по отделения (2006-2009 г.)	78
Графика 5: Оборот на леглата на МБАЛ „Доверие“ АД средно и по отделения (2006-2009) 80	
Графика 6: Среден престой на пациент в МБАЛ „Доверие“ АД	81
Графика 7: Допълнителни показатели на дейността на МБАЛ „Доверие“ АД (2006 г.)	82
Графика 8: Допълнителни показатели на дейността на МБАЛ „Доверие“ АД (2007 г.)	83
Графика 9: Допълнителни показатели на дейността на МБАЛ „Доверие“ АД (2008 г.)	84
Графика 10: Допълнителни показатели на дейността на МБАЛ „Доверие“ АД (2009 г.)	85
Графика 11: Съвпадение на предварителна с окончателна диагноза по отделения (2006-2009 г.) в МБАЛ „Доверие“ АД.....	86
Графика 12: Приходи на МБАЛ „Доверие“ АД от здравно осигурени пациенти по терапевтични области (2011 г.)	100
Графика 13: Среден разход за лекарства, храна, режийни и общо на преминал болен в МБАЛ „Доверие“ АД (2006-2009 г.)	101
Графика 14: Разпределение на разходите на МБАЛ „Доверие“ АД (2006-2009 г.).....	102
Графика 15: Структура на разходите в % като усреднени стойности по пера на МБАЛ „Доверие“ АД (2006-2009 г.).....	103
Графика 16: Сравнение по брой персонал, брой легла и показатели за дейността между МБАЛ „Доверие“ АД и МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД (2006-2007 г.)	120
Графика 17: Сравнение по използваемост на леглата, леглооборот и среден престой между МБАЛ „Доверие“ АД и МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД (2006-2007 г.)	121
Графика 18: Сравнение на финансовите показатели на средно за 1 пациент на МБАЛ „Доверие“ АД и МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД (2006 – 2007 г.).....	123
Графика 19: Обща приходно –разходна съпоставка между МБАЛ „Доверие“ АД и МБАЛ „Св.Ив.Рилски“ ЕАД за период от 1 година (база 2007 г.).....	125
Графика 20: Приходно –разходна съпоставка на легло между МБАЛ „Доверие“ АД и МБАЛ „Св.Ив.Рилски“ ЕАД за период от 1 година (база 2007 г.).....	125
Графика 21: Графична съпоставка на анализираното вътрешно отделение спрямо референтните звена по гастроентерология и вътрешни болести (общо) по показатели за дейността.....	135
Графика 22: Сравнение между анализираното вътрешно отделение и референтните звена по гастроентерология и вътрешни болести (сборно) по използваемост на леглата, леглооборот и среден престой	136
Графика 23: Сравнение на брой преминали болни по диагностични направления между анализираното вътрешно отделение и референтните звена по гастроентерология и вътрешни болести (2006-2007 г.).....	137
Графика 24: Сравнение на съотношенията в показателите на отделното звено спрямо идентичните за болницата, определени за МБАЛ „Доверие“ АД и МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД (2006 – 2007 г.).....	138

Графика 25: Данни за смъртността общо за страната по основни причини през 2010 г. .	151
Графика 26: Класация на МБАЛ в „София град“ по размер на годишно финансиране от НЗОК (2011 г.).....	153
Графика 27: Относителен пазарен дял на МБАЛ в „София град“ с размер на годишно финансиране от НЗОК под 5,5 млн. лева (2011 г.).....	154
Графика 28: Относителен пазарен дял на МБАЛ в „София град“ с размер на годишно финансиране от НЗОК между 5,5 и 10,5 млн. лева (2011 г.).....	155
Графика 29: Обем на дейността на МБАЛ „Доверие“ АД в обслужваните терапевтични области (2012 г.).....	157
Графика 30: Пазарни дялове на МБАЛ „Доверие“ АД по обем в обслужваните терапевтични области (2012 г.).....	158
Графика 31: Размер на целия обслужван от МБАЛ „Доверие“ АД пазар по обем като брой дейности (2012 г.).....	159
Графика 32: Размер на целия обслужван от МБАЛ „Доверие“ АД пазар по стойност в лева (2012 г.).....	159
Графика 33: Структура на общия реален публично финансиран пазар на здравни услуги в България по обем (2012 г.).....	161
Графика 34: Структура на общия реален публично финансиран пазар на здравни услуги в България по стойност (2012 г.).....	162
Графика 35: Реален и обслужван от МБАЛ „Доверие“ АД публично финансиран пазар на здравни услуги по стойност.....	163
Графика 36: Реални спрямо потенциални продажби по стойност на МБАЛ „Доверие“ АД в 5 терапевтични области.....	164
Графика 37: Сравнение на средните съотношения цена/обем за всяка терапевтична област на заплащаните от НЗОК клинични пътеки (по прогнозни данни за 2012г.).....	165
2. Диаграми	
Диаграма 1: Особенности на здравните услуги.....	23
Диаграма 2: Маркетингов подход и управление на лечебното заведение.....	28
Диаграма 3: Характеристика на потребителя на здравни услуги.....	31
Диаграма 4: Мястото на личността в оказването на здравните услуги.....	37
Диаграма 5: Класификация на данните за целите на маркетингово проучване според вида на източника.....	51
Диаграма 6: Модифицирана класификация на вторичните пазарни данни по вид на източника, специфика, обхва и други критерии.....	52
Диаграма 7: Пазарно сегментиране.....	58
3. Таблицы	
Таблица 1: Четирите Р на маркетинг–микса.....	34
Таблица 2: Четирите С на маркетинг-микса през призмата на потребителя.....	34
Таблица 3: Показатели на дейността на МБАЛ „Доверие“ АД (2006 – 2011 г.).....	76
Таблица 4: Оперативна активност в МБАЛ „Доверие“ АД (2006 – 2009 г.).....	87
Таблица 5: Сложност на операциите в хирургичните отделения на МБАЛ „Доверие“ АД (2009 г.).....	88
Таблица 6: Дейности на отделението по физикална и рехабилитационна медицина на МБАЛ „Доверие“ АД (2006-2007 г.).....	90

Таблица 7: Дейност на отделението по образна диагностика на МБАЛ „Доверие“ АД (2006-2009 г.)	91
Таблица 8: Дейности на клиничната лаборатория на МБАЛ „Доверие“ АД (2006-2009 г.) ..	91
Таблица 9: Дейности на лабораторията по патология и цитопатология на МБАЛ „Доверие“ АД (2008-2009 г.).....	92
Таблица 10: Показатели за качество на лабораторията по патология и цитопатология на МБАЛ „Доверие“ АД (2008 г.).....	93
Таблица 11: Дейности на лабораторията по микробиология на МБАЛ „Доверие“ АД (2006-2007 г.)	93
Таблица 12: Структура и квалификация на човешките ресурси на МБАЛ „Доверие“ АД (2008-2011 г.).....	96
Таблица 13: Брой и вид на лекарите на щат в МБАЛ „Доверие“ АД по специалности (2009-2011 г.)	97
Таблица 14: Приходи на МБАЛ „Доверие“ АД по източници (2006 – 2009 г.)	98
Таблица 15: Разпределение на разходите по пера на МБАЛ „Доверие“ АД (2006-2009 г.)....	102
Таблица 16: SWOT анализ на МБАЛ „Доверие“ АД.....	106
Таблица 17: Начална съпоставка на анализираното с референтното лечебно заведение по някои показатели с цел подготовка за бенчмаркинг	114
Таблица 18: Сравнение на дейността по показатели на МБАЛ „Доверие“ АД и МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД (2006-2007 г.)	119
Таблица 19: Сравнение на финансовите показатели средно за 1 пациент на МБАЛ „Доверие“ АД и МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД (2006 – 2007 г.).....	122
Таблица 20: Съпоставка на приходите и разходите на МБАЛ „Доверие“ АД и МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД (2006 - 2007 г.).....	124
Таблица 21: Сравнение на анализираното вътрешно отделение спрямо референтните звена по гастроентерология и вътрешни болести по показатели за дейността (2006 – 2007 г.).....	134
Таблица 22: Възможни източници на пазарни данни в сектора на здравните услуги в България, оценени по специфичност, обхват и други критерии	142
Таблица 23: Оценка на възможния принос на източниците на пазарни данни в България за маркетинговото планиране.....	147
Таблица 24: Брой необходими легла за областта „София град“ съгласно Националната здравна карта на МЗ	149
4. Фигури	
Фигура 1: Уводната страница на интернет сайта на МБАЛ „Доверие“ АД.....	109

СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ В ТЕКСТА СЪКРАЩЕНИЯ

<u>АД</u>	Акционерно дружество (по смисъла на Търговския закон)
<u>БЛС</u>	Български лекарски съюз (в РБългария)
<u>ГИТ</u>	Гастро-интестинален тракт
<u>ДВ</u>	Държавен вестник (на РБългария)
<u>ЕООД</u>	Еднолично дружество с ограничена отговорност (по смисъла на ТД)
<u>ЗУТ</u>	Закон за управление на териториите
<u>ИБС</u>	Ишемична болест на сърцето
<u>КАТ</u>	Компютър-аксиална томография
<u>ЛФК</u>	Лечебно- физкултурен комплекс
<u>МБАЛ</u>	Многопрофилна болница за активно лечение (в РБългария)

МЗ	Министерство на здравеопазването (на РБългария)
МЦ	Медицински център
НЗОК	Национална здравно-осигурителна каса (на РБългария)
НРД	Национален рамков договор
НСИ	Национален статистически институт (на РБългария)
СБАЛ	Специализирана болница за активно лечение (в РБългария)
СЗО	Световна Здравна Организация
УНСС	Университет за национално и световно стопанство (в РБългария)
УНГ	Уши, нос и гърло
УМБАЛ	Университетска многопрофилна болница за активно лечение (в РБългария)
ЯМР	Ядрено-магнитен резонанс
АТС	Anatomical chemical therapeutic classification system (англ.)
АНА	American hospital association (англ.)
АНQ	Agency for Healthcare and Quality (в САЩ)
EFQM	European Foundation for Quality Management (в Европа)
IMS Health	International marketing services (световен доставчик на здр. пазарни данни)
SWOT	Първите букви на strength, weakness, opportunity, threat (от англ.)

АНОТАЦИЯ

Посвещавам този труд на моя учител и наставник
доц. Кирил Кирилов,
преподавател по маркетинг в здравеопазването
към Факултета по обществено здраве на Медицински университет - София
до юли 2012 г.

† Вечна му памет!

ВЪВЕДЕНИЕ

В съвременния свят на действащи пазарни взаимоотношения между участниците в системите на здравеопазването става все по-важно болничните лечебни заведения да се управляват по пазарно ориентирани стандарти. В пазарно ориентираното управление маркетингът като начин на мислене е основополагаща концепция. Една от съвременните и същевременно не толкова нови дефиниции определят маркетинга като интегрирана, ориентирана към потребителя и печалбата философия на бизнеса. През последните години в България нараства общественият дебат за здравната помощ като форма за реализация на бизнес. Наблюдава се осезаемо разрастване на частния сектор в българското здравеопазване, който търси своето място чрез влагане на сериозни инвестиции. Новите играчи на пазара на здравни услуги са болници от различен мащаб, модерно изградени и оборудвани, с профилирана или широкообхватна дейност, мотовиран персонал и частна форма на собствеността. Тяхното управление стъпва на прагматична философия и се диктува основно от бизнес интереси. Главната цел на такъв тип болнични „предприятия“ е реализация на печалба, която да гарантира на инвеститорите добра възвращаемост и доходност. С оглед нейното постигане в процеса на предлагане на здравните услуги все по-широко навлиза използването на маркетинговия подход. Този подход представлява цялостна мениджърска политика, която обхваща анализите на пазара, търсенето на атрактивни пазарни възможности, структуриране на маркетинговите миксове на болницата, управление на болничното портфолио и развитие на нови услуги.

В чуждоезичната литература интересът към тази тема намалява през последните години, като фокусът се измества към други, по-актуални проблеми, които все пак кореспондират по един или друг начин с понятието „маркетинг“. В българската литература проблемът идва на дневен ред едва в края на 90те години, основно покрай стартиращите реформи в здравеопазването. Много от аспектите на маркетинговия подход в управлението на съвременната болница в България все още са дискуссионни, а свързаните с тях въпроси не са намерили отговора си на този етап.

Целите на настоящата дисертация се свеждат до проучване на мениджмънта на всички ресурси в една типична средно голяма модерна частна болница, каквато представлява МБАЛ „Доверие” АД, както и до установяване на степента и обхвата, в които се използва маркетинговият подход за вземане на управленски решения. Авторът счита, че под една или друга форма всяко едно болнично лечебно заведение в страната се опитва да прилага маркетингови инструменти. За да бъдат тези опити в максимална степен успешни обаче, е необходимо цялостно и последователно прилагане на маркетинговия подход чрез обхващане на пълния маркетинг – микс с неговите елементи продукт, цена, дистрибуция и промоция. В България все още не са много здравните заведения с действаща маркетингова функция, а там, където съществува, то тя е по-скоро като отдели “Маркетинг и планиране” към големи болници. Според автора в една частна болница мотивите за цялостно прилагане на маркетинговия подход са много по-силни в сравнение с болници с друга форма на собственост. В този смисъл изборът на изследователския обект е поради стремеж от една страна да се подбере представително за частния сектор болнично лечебно заведение, а от друга – да се измери степента на прилагане на маркетинга в управлението на една съвременна болница.

Всичо това мотивира целта и постановката на настоящата разработка. Направен е опит за извършване на общо пет групи анализи в три последователни стъпки. Първата стъпка обхваща информация, събрана чрез анкетиране по специално структурирана за целта карта, която стъпва на елементите на маркетинговия микс. По същество този подход цели постигането на цялостно вътрешно охарактеризиране на изследваното лечебно заведение през призмата на маркетинговата философия. Втората стъпка използва техники на бенчмаркинг и съпоставя някои параметри от анализираната вече информация с такива на конкурентно лечебно заведение. Основната цел е идентифицирането на разлики, които дават пазарни предимства на сравняваната болница - конкурент. Третата стъпка се фокусира върху данни от публично достъпни източници. Стремежът е максимално точна оценка на позициите на изследвания обект както на публично, така и на частно финансиран пазар на здравни услуги в България. Така приложеният аналитичен подход дава възможността да се установят степента и обхвата в прилагането на съвременните маркетингови концепции от

изследвания обект. Като резултат се достигат обективни изводи относно управлението на болницата, на базата на които са формулирани и препоръки към болничното ръководство. В по-общ аспект авторът прави заключения относно пазарната ситуация в сферата на здравеопазването в България и отправя препоръки към действащата нормативна уредба.

Приносите на настоящия труд се изразяват в предлагания цялостен аналитичен алгоритъм, разработката на собствена анкетна методика, прилагането на бенчмаркинг, базиран на неспецифични данни, и авторския модел на маркетингов план. Изводите и препоръките относно прилагането на съвременните маркетингови концепции в управлението на една болница могат да бъдат съотнесени към всяко частно болнично заведение в България, а в по-широк план и към всяко лечебно заведение, независимо от формата на собственост. От друга страна очертаната в този труд картина на общата пазарна ситуация в сферата на здравеопазването дава насоки за подобряване на нормативната рамка, които да насърчат развитието на здравния сектор и привличането на свежи инвестиции.

ГЛАВА I

ПРОУЧВАНЕ НА ПРИЛОЖЕНИЕТО НА МАРКЕТИНГОВИЯ ПОДХОД В СЪВРЕМЕННАТА БОЛНИЦА В БЪЛГАРИЯ, РАЗВИТИТЕ ЕВРОПЕЙСКИ СТРАНИ И САЩ (Литературен обзор)

1. Нормативни предпоставки за изграждане и функциониране на болнично лечебно заведение с частна форма на собствеността.

Болничните лечебни заведения могат да се учредяват и упражняват дейността си на основание на Закона за лечебните заведения (обн. ДВ бр.62 от 9 Юли 1999г., посл.изм. ДВ. бр.102 от 21 декември 2012 г.), както и по реда на Търговския закон (Обн. ДВ. бр.48 от 18 Юни 1991 г., посл. изменение ДВ бр.60 от 7.8.2012 г.). Нормативните изисквания за функциониране на болнично заведение на територия на РБългария са разписани и в други закони (ЗЛПХМ, Закон за съсловните организации, Закон за здравето и т.н.), както и в серия от подзаконови актове (виж списък на нормативните актове в Приложение I), по-важните от които са Наредба № 18 от 20 юни 2005 г. за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения, Закона за здравословни и безопасни условия на труд, (обн. ДВ. бр. 124 от 23 Декември 1997 г., посл. изм. ДВ. бр.7 от 24 януари 2012 г.) и свързаните с него наредби.

На практика по смисъла на цитираната нормативна (регулативна) уредба в страната могат да функционират болници с държавна, общинска или частна форма на собствеността, като не се изключва и съвместяване между тях. Болничните частни лечебни заведения за разлика от другите два типа могат да формират печалба, което дава известни предимства по отношение на управлението. Всички болнични лечебни заведения, независимо от формата на собственост имат равнопоставеност пред законодателната и изпълнителна власт и могат

равнопоставено да оперират в сектора на здравеопазването при спазване на нормативната уредба. В същото време всички лечебни болнични заведения имат равнопоставеност и по отношение на финансирането на дейността си, заплащана от Националната здравно-осигурителна каса при условие, че изпълняват критериите за това по реда на Закона за здравното осигуряване (обн. ДВ. бр.70 от 19 юни 1998г, посл. изм. ДВ. бр.102 от 21 декември 2012 г.).

В този смисъл нормативно определената система на публично финансиране не създава пречки на лечебните заведения да развият обема и гамата на предлаганите здравни услуги (но единствено в обхвата на диагнозите, покрити от задължителното здравно осигуряване). Анализът на съществуващата нормативна (регулативна) уредба показва, че болничните лечебни заведения с частна форма на собствеността могат сравнително неограничено да изпълняват желаните по обем и вид здравни услуги, както и да се развиват съобразно пазарната ситуация.

2. Маркетинг – общи бележки

2.1. Дефиниция за маркетинг

Терминът “маркетинг” произхожда от английската дума market. В литературата и живота понятието се използва като синоним на различни други понятия – търсене, потребност, пазар, клиент, разпространение, промоция и т.н. В исторически аспект за родина на маркетинга се посочва САЩ, където в края на XIX век в резултат на бурното индустриално развитие възниква необходимостта от системи за управление на пласмента – проблем, който измества по това време проблемите около самото производство на стоките. Академичното признаване на маркетинга като учебна дисциплина се осъществява за първи път през 1905 година от В.Ф.Крьоси, който преподава маркетинг на продуктите в Пенсилванския университет, и от Р.С.Бътлър, който през 1911 година публикува първата книга “Маркетинг”. След Втората световна война маркетингът намира своята втора родина – Великобритания, където започва все по-масовото му практическо приложение успоредно с нарастване на обемите на продукцията и проблемите с тяхната реализация на пазара.

Самото съдържание на понятието маркетинг е претърпяло сериозно развитие. В първоначалните си измерения маркетингът е бил представян като свързващото звено между двата основни процеса на

пазара – търсенето и предлагането. Понятието обаче претърпява съществена еволюция от първите си дефиниции, основно в резултат на множеството промени, настъпили в сферите на производство, стокооборота, пазара и потреблението. В най-общ смисъл маркетингът се развива в резултат на развитието и на двата процеса – предлагането (по-богат и разнообразен асортимент от стоки и услуги, диференциране и развитие на различни пазари, пазарна конкуренция, намаляване на себестойността на предлаганите продукти, серийно производство в по-големи мащаби, международния търговски обмен и т.н.) и търсенето (нови и развити потребности от страна на потребителите, увеличена покупателна способност, по-добра осведоменост, повишена мобилност и т.н.).

Понятието “маркетинг” има множество дефиниции след близо 100 годишната си история на развитие. Една от най-често използваните и може би най-кратки дефиниции на Американската асоциация по маркетинг, дадено през 1960 година, гласи: “Маркетингът е изпълнение на стопански дейности, които насочват потока от стоки и услуги от производителя до консуматора или потребителя”. Макар и насочено към свързващото звено между предлагане и търсене, това определение се счита за непълно. Неговата описателност не дава необходимите пояснения за какви точно стоки и услуги става въпрос и въвежда ограничения в ролята на маркетинга върху производствения процес. Маркетингът не започва на изхода на производството, неговото значение в планирането на характера и мащабите на всяко производство, както и в процесите на разработване на инвестиционни проекти е безспорно. В този смисъл посочената дефиниция е ревизирана през 1985 година по следния начин: “Маркетинг – това е процес на планиране и осъществяване на замисъла, ценообразуването, придвижването и реализацията на идеи, стоки и услуги чрез размяна, удовлетворяваща целите на отделните лица и организации”. Приносът на тази дефиниция се изразява в по-широкото тълкуване, обхващащо всички етапи в бизнес – планирането, както и обхващането на организации с нетърговски характер, например консултантски организации.

2.2. Маркетингът – от дефиниция към философия

В съвременното си звучене понятието “маркетинг” подсказва, че в условията на конкуренция грижата за пласмента на произведената

продукция е пазарно неадекватна – реализацията на продукцията, от която никой няма нужда не може да бъде цел на съвременния маркетинг. В съвременното си звучене понятието маркетинг намира следните тълкувания:

- Маркетингът в качеството на организация на пласмента
- Маркетингът в качеството на система за управление на процесите във фирмите, свързани с производството и реализацията на стоките и услугите
- Маркетингът в качеството на философия за управление на производството или по-общо като философия на бизнеса

Последният аспект се разглежда от Джон Маккитерик, който още през 1975 година заявява: “Маркетингът – това е интегрирана, ориентирана към потребителя и печалбата философия на бизнеса...”

2.3. Маркетингът като концепция и управленски подход

Предвид водещата роля на маркетинга в комплекса от свързаните процеси на планиране, производство и разпределение Британският институт по маркетинг предлага следната широка дефиниция: “Маркетингът е функция на управлението, която организира и насочва стопанските дейности, включени в оценката и превръщането на покупателната сила на потребителя в ефикасно търсене на специфичен продукт или услуга до крайния потребител или консуматор, така че да бъде постигната поставената пред фирмата цел – печалбата или други поставени цели...”. В това определение се акцентира върху друга много характерна особеност на маркетинга – качеството на **управленска** функция, която координира и направлява други дейности в една компания – производство, пласмент, иновации, инвестиции. Тази функция е упомената за първи път от Ф.Котлър през 1970 г. (1) Съвременното разбиране за маркетинга, намиращо широко приложение в практиката, акцентира предимно върху неговото значение на управленски подход. (2) В този смисъл е и определението, предложено от Е. Маринова: “Маркетингът – това е концепция и управленски подход, съгласно който цялостния възпроизводствен процес в една фирма се осъществява в съответствие с изискванията на пазара, в съответствие с опознатите или изкуствено създадени потребности...” (3) В качеството си на концепция маркетингът стъпва върху солидна основа от познания, възприети от други дисциплини, а в качеството на управленски подход обхваща съвкупност от дейности, които целят

привеждане на ресурсите на компанията в съответствие с изискванията на пазара, в рамките на които потребителят получава задоволяване на неговата нужда, а компанията реализира печалба. От това определение можем да направим извода, че целта на маркетинга е преди всичко да идентифицира потребностите на хората, които могат да бъдат задоволени с подходящо разработените и предложени продукти и услуги. Нещо повече – пазарни обекти в днешно време са далеч не само стоки или услуги, но и хора, територии, идеи, опит, производства и т.н. Според Ф.Котлър главната цел на маркетинга като изследователска област, научна материя и практическа дейност е управлението на търсенето (4). В този смисъл маркетинговата дейност осигурява баланс между интересите на потребителя, на фирмата – доставчик и на обществото. Гледната точка на всяка една от тези страни е дала основа за развитието на няколко съвременни маркетингови концепции:

- *производствена*, която се фокусира върху аспектите на производството и пласмента;
- *продуктова*, която се стреми към оптимизиране на съотношението цена/качество на даден продукт;
- *търговска*, която се занимава с техники и похвати за по-добри продажби;
- *маркетингова*, която изучава потребностите и оценките на потребителите;
- *социално – маркетингова*, която изразява гледната точка на обществото по отношение на ред, законност, етика.

Последните две концепции имат водещо значение в здравеопазването поради широкото си приложение в процеса на предлагане на здравни услуги.

3. Маркетинг в сферата на здравеопазването. Специфика на здравните услуги.

Много автори считат, че понятието “маркетинг” все още намира неразбиране или погрешно тълкуване в сферата на здравеопазването. (5) Проучвания в развитите страни показват, че здравни администратори и клиницисти считат маркетинга за “преди всичко една версия на възхвала на рекламната дейност и връзките с обществеността” (по Ф.Котлър - (6). Наред с рекламата и връзките с обществеността е установено, че желанието да се постигне повече в

сравнение с други здравни заведения или дори със самите себе си през следващ период, почти напълно е изчерпвало съдържанието на понятието в съзнанието на здравните мениджъри (3). В този смисъл често допускана грешка, която можем да наблюдаваме и в управлението на наши лечебни заведения, е била необвързване на маркетинговата функция с плановите дейности в едно заведение – например предвидения брой на годишни планови операции не стъпва на проучване на здравните потребности, респективно структура и динамика на заболяемостта, миграционните и демографски процеси сред населението в даден регион, а се е определял чисто емпирично. Нерядко възприятието за маркетингови проучвания се е асоциирало с фактори, “външни” за организацията и несвързани с процеса на планиране “вътре”. Естествено в по-голяма или по-малка степен тази историческа “грешка” е преодоляна – съвременното лечебно заведение си дава сметка, че само услуги с подходяща насоченост към съответните пациенти и на приемлива за платеща цена могат да бъдат продавани. Предвид нарастващата конкуренция става все по-необходима и обективната оценка на търсенето във всяка болница. (7) Модерната организация разчита преди всичко на размяната на стойности с различните участници на здравния пазар. Ф.Котлър дефинира по следния начин маркетинга в здравеопазването: “Маркетингът е анализа, планирането, приложението и контрола на особено внимателно и грижливо формулирани програми, предназначени за осъществяването на доброволна обмяна на стойности с целевите пазари, за да бъдат постигнати целите на организацията. При това се разчита преди всичко на такова изключително проектиране на предложенията на организацията, че последните да задоволяват потребностите и желанията на целевите пазари. За постигането на това е необходимо приложението на ефективно ценообразуване, комунициране, разпределение и пласмент, с цел да се информира, мотивира и обслужи пазара...” (4)

В това определение могат да се набележат няколко важни за тази разработка изводи:

- Маркетингът в здравеопазването, както въобще маркетингът е **управленски** процес, обхващащ анализ, планиране, приложение и контрол;

- Маркетингът в здравеопазването стъпва на разработката на “грижливо формулирани програми”, предназначени да срещнат **очакванията** на здравния пазар. Този акцент отново подчертава значението на планирането на здравните услуги “вътре” в организацията;
- Маркетингът в здравеопазването цели обмяната на **стойности**, при това на доброволни начала – тоест продажбата на здравна услуга само защото тя се предлага, е твърде “немаркетингово” решение;
- В този ред на мислене маркетингът в здравеопазването стъпва върху **проектиране** на предлагането на организацията, което да задоволява потребностите и желанията на нейните клиенти. Целта на маркетинговия подход е да открива не (достатъчно) задоволени потребности, които могат да бъдат срещнати от подходящо разработена здравна услуга;
- Подбирането на целевия(те) пазар(и) не трябва да води до стремеж към покриване на всички потребности на всякакви потребители. Маркетингът в здравеопазването трябва да **идентифицира** онези групи пациенти, които биха се нуждаели в най-голяма степен от дадена здравна услуга и съответно да им я предложи;
- Маркетингът в здравеопазването трябва да бъде в услуга на целите на организацията, тоест да подпомага нейното присъствие и развитие на **пазара** на здравни услуги, да осигурява гъвкавост и конкурентност в нейното пазарно поведение. За разлика от бизнес – ориентирания маркетинг, едно лечебно заведение не винаги си поставя като основна цел реализирането на печалба (виж и раздел 3.3 на същата глава). Други цели могат да бъдат далеч по-значими – например подобряване на качеството на предлаганите здравни услуги, привличане на повече пациенти, развитие на предлагането и т.н.

3.1. Понятие за услуга. Особенности на здравните услуги.

Маркетингът като подход възниква и се развива в резултат на развитието на производството на потребителски блага. Въпреки че днес в развитите икономики по-голяма част от работещото население е ангажирано именно в сферата на услугите, изследователите винаги са насочвали повече своето внимание към маркетинга на материалните блага.

Разликата между продукт и услуга е сполучливо охарактеризирана от Леонард Бери – “Продуктът е предмет, изделие, вещь; услугата е действие, осъществяване, усилие...Осезаемата или неосезаема същност на това, което се купува, определя в крайна сметка неговото класифициране като продукт или услуга”. Именно неосезаемостта на услугата прави нейното предлагане толкова специфично – услугата не може да се складира или превозва и по своята същност представлява сделка между лица. Нейната покупко-продажба се характеризира чрез следните особености:

- В рамките на извършване на услугата има използване на човешки труд;
- Потребителят на услугата участва в нейното произвеждане;
- Производството и потреблението на услугата се извършват едновременно и са неотделими;
- Следователно услугата е преходна и не съществува извън интервала на потреблението си;
- Производител и потребител на услугата действат съвместно в процеса на извършването и;
- Хетерогенност и вариабилност на предлаганото качество (по Хескет, 1986) – тази особеност произлиза от факта, че различни изпълнители я извършват с различно съдържание и качество, което не е трайно и може да варира в широки граници според извършителя, момента и мястото на оказване;

Медицинският преглед например включва поне двама участника – лекар и пациент, всеки от които има специфична роля – лекарят трябва да открие и разтълкува симптомите на дадено заболяване в пациента, а от колаборацията на пациента зависи дали ще има подобрение или влошаване в състоянието му.

В маркетинга на здравеопазването се възприемат повече на брой особености на здравната услуга (виж Диаграма 1), произтичащи от спецификата на нейното извършване и заплащане. (8)

Диаграма 1: Особенности на здравните услуги



Качеството на здравната услуга, макар и вариабилно не може да падне под определен стандарт, който се въвежда или под влияние на външен регулатор (в България Министерство на здравеопазването, съответно Изпълнителна Агенция „Медицински одит“, финансиращи организации, Районните здравни инспекции, съсловни организации) или е в резултат на вътрешно приети норми (диагностичен алгоритъм, оборудване на кабинети), или е резултат от двата фактора.

Интересите на участниците или посредниците в извършването на услугите са потенциално разнопосочни – за предлагачите това може да бъде по-добро технологично изпълнение, но също и по-висока цена, за приемащите това е свързано с решаване на дадена здравна необходимост при липса на интерес от цената. Последното произтича от факта, че потребителят в общия случай не плаща директно и веднага – заплащането се поема от трета страна (държава, здравно-осигурителен фонд), поради което често цената не играе ролята на регулатор в нивото на потребление. В този тристранен модел ясно може да се демонстрира разнопосочността на интересите – предлагачият иска да извърши услугата, при това на максималната възможна цена (виж и раздел 5.2.1 на същата глава), приемащият иска да получи услугата по възможност

по-бързо и без оглед на цената, а заплащаният иска да намали нивото на потребление на услугата и/или да я заплаща на минималната цена.

Външната регулация е друга особена характеристика на здравните услуги. Въпреки че във всяка сфера на услуги има регулатор, в здравеопазването очевидно необходимостта от силна външна регулация е особено належаща. Такава регулация може да бъде оказвана от национално признатия здравен регулаторен орган (напр. МЗ), финансиращите органи, съсловните организации, други сдружения – експертни съвети, пациентски организации и т.н.

Не на последно място интересен феномен представлява двойствеността на властта. Конкретните извършители на услугата се чувстват като цяло по-обвързани с професията и клиентите (пациентите), отколкото със заведението, в което работят, но от друга страна самото заведение има управленска структура, която има своите отговорности – осигуряване на условия на работа, разпределение на ресурсите, развитие и растеж и т.н. С други думи властта е двойствена, което може да окаже разнопосочно влияние върху съдържанието и качеството на самата услуга.

Предвид изтъкнатите особености на здравните услуги особено внимание заслужават факторите, които влияят благоприятно върху успешното им маркетингване. Според А.Моролен (1991) такива фактори са:

- Отношения с пациентите, основани на доверие и емпатия;
- Професионална компетентност и утвърден престиж на здравния специалист;
- Лесно и достъпно получаване на здравната услуга, при по-малък брой препятствия и бюрократични спънки за среща с лекаря - особено важно за потребителите, които обикновено са в състояние на стрес;
- Правилен подбор на здравния персонал чрез изискване на “задължителни” личностни качества като толерантност, емпатия, дискретност, самодисциплина, общителност;
- Обучение на здравните специалисти в стандартизирани поведенчески стереотипи на работното място;
- Постоянен мониторинг на мнението и удовлетвореността на пациентите от здравните услуги, както и система на контрол върху подобряването на здравните услуги;

- Внимателно обмислена политика за (материално) стимулиране на персонала, ориентиран към дългосрочни перспективи;

През призмата на маркетинговия подход трябва да се подчертае, че осъществяването на здравните услуги са комуникационен процес, протичащ непосредствено между пациента и лекаря и стъпващ на вербални, невербални и паралингвични средства. В комплексната йерархична структура на едно болнично лечебно заведение този процес е от особена важност. (9)

Не на последно място, трябва да се изтъкне недостатъчната връзка между резултата от здравната услуга и количеството на вложените усилия. За разлика от други видове услуги, нерядко резултатите от здравната услуга са нулеви или дори отрицателни. В други случаи те настъпват в продължителен период от време след извършване на услугата. Тази особеност сама по себе си може да предизвика неблагоприятен маркетингов ефект, независимо от компетентността, качеството и хуманизма, заложен в самата услуга (К. Юркова, 1994).

3.2. Етика на здравните услуги

Една от особеностите на здравните услуги е етичната рамка, която неизбежно съпровожда тяхното предоставяне. Променящите се условия на съвременния живот налагат нова система от ценности, като например (10):

- Автономността и свободният избор;
- Ангажиментът към неограничения медицински прогрес;
- Вярата в непрекъснато подобряващо се качество на здравните услуги;
- Отхвърлянето на ефекта от застаряването;
- Амбициозното посвещаване на изкореняването на всеки болки и страдания, свързани с боледуването;

Съвкупността от тези ценности не допринасят за изграждане на съгласувани, справедливи и икономически приемливи здравеопазни системи. Етичната рамка на съвременните здравни политики включва (11):

- Благополучие на пациента
- Автономност на пациента – тоест информиран избор за характера и обхвата на здравната услуга

- Професионален интегритет – тоест етиката на здравния специалист при оказване на здравната услуга
- Равнопоставеност и справедливост – тази ценност се отнася както до индивидуалния достъп на пациента, така и до справедливото разпределение на услуги на макрониво

3.3. Социален маркетинг и здравни услуги

В най-широкия смисъл на думата социалният маркетинг представлява нов начин за възприемане на стари човешки проекти. (12) От възникването на първите социални общности хората постоянно се стремят да влияят, мотивират, печелят доверие и променят поведение. Така социалният маркетинг възниква като приложна дисциплина, обвързана с психология, социология, религия или политика. Според Котлър кампаните за социална промяна не са нов феномен и са съпътствали човечеството от най-дълбока древност. (13) В днешно време социалният маркетинг се изразява най-ярко в области за промоция на здравето (ограничаване на тютюнопушенето, борбата със СПИН, мерките срещу ниската физическа активност, нерационалното хранене и мн.др.).

Инструментите на класическия маркетинг започват да се прилагат в социалната сфера от средата на 60те години, като самият термин е предложен за първи път от Котлър и Залтман. (13) В сферата на здравеопазването социалният маркетинг намира все по-сериозно приложение успоредно с засилващия се акцент върху профилактиката. (14) Поради тази причина това направление в маркетинга е предмет на дългогодишен изследователски интерес. В съвременния му прочит то се разглежда като „дейност, ориентирана към подобряване на качеството на живота“ чрез феномена на размяната. (15) За разлика от търговския маркетинг обаче фокусът не пада върху реализиране на печалба в полза на даден субект, а върху „приемане, отхвърляне, промяна или изоставяне на поведението в полза на индивидите, групата или обществото“ (По Котлър (13)). Същевременно социалният маркетинг използва всички подходи, известни в сферата на маркетинга (при сегментиране на потребителите, проучвания, дистрибуция, промоция, комуникация и др.).

С оглед неговата насоченост социалният маркетинг намира широко отражение в дейността на лечебните заведения. От една страна в политиката на лечебното заведение задължително влизат за изпълнение

програми от национално значение за превенция и контрол на някои опасни заболявания, а от друга самият предмет на дейността предполага съществена социална функция, свързана с живота и здравето на хората. (12) Затова в процеса на проучване на маркетинговия подход в управлението на една болница несъмнено се установяват и елементи, характерни за социалния маркетинг.

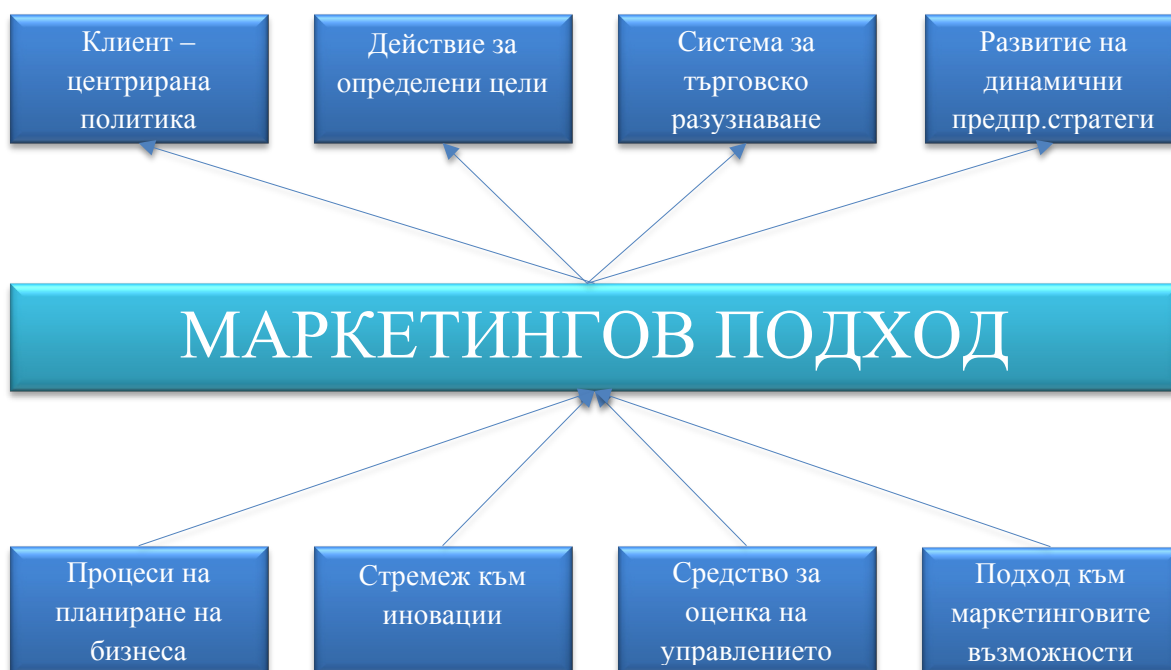
3.4. Маркетинг в лечебното заведение. Понятието „маркетинг-микс“.

Фирмите, поставили в основата на управлението си маркетинговия подход, развиват своята структура съобразно неговите специфики. В основата на тяхната политика стои грижата за клиента, която подчинява цялата им дейност. (16) Естествено, подобна клиент-центрирана политика изисква както много умения и задълбочени познания, така и необходимия ресурс за успешно изпълнение, което не е лесна задача. Още по-трудно е за едно лечебно заведение, независимо от неговия обем и функции, да провежда политика, съобразена с маркетинговия подход. От друга страна съвременните пазарни отношения в здравеопазването изискват и налагат точно такъв подход. (17) Здравните заведения трябва да поставят на централно място грижата за пациента и съответно на това да развият своята структура така, че тази грижа да бъде изпълнявана по възможно най-оптималния начин. В този смисъл като във всяка друга фирма, и в здравните заведения трябва да има „производствено“ звено, дистрибуция, продажби, управление, проучване и планиране и т.н. „...Пациентът е и трябва да бъде център на вниманието и дейността на здравното заведение, и задоволяването на неговите потребности е цел и задача на цялата болница” (4). Преместването на тежестта към пазара и промяната на начина на мислене като “отвън-навътре” означава едно здравно заведение да се превърне от заведение заради себе си към заведение заради пациентите. Най-същественният принос на съвременния маркетинг според Котлър е “...че помага на компаниите да видят колко е важно да променят своето управление, като преместят тежестта на продукта към пазара и потребителя,...да променят начина си на мислене от “отвътре-навън” към “отвън-навътре”.

Все пак дори един повърхностен поглед върху ситуацията в България показва, че не са много лечебните заведения с действаща маркетингова функция, а там, където съществува, то е като отдели “Маркетинг и

планиране” към големи болници. В това отношение можем да взаимодействаме опита на по-развити от нашата здравеопазни системи. Според Котлър и Кларк едно проучване на Американската асоциация на болниците (АНА) показва, че при над половината от нейните членове в управленския екип на болницата участва директор или вицепрезидент с маркетингова функция. (18) Това обстоятелство е показателно за мястото и значението на маркетинговия подход в управлението на едно лечебно заведение за болнична помощ, което желае добро пазарно присъствие и устойчиво развитие. В този смисъл управлението на едно лечебно заведение трябва да бъде насочвано от маркетинга с акцент върху направленията, посочени в Диаграма 2. (8)

Диаграма 2: Маркетингов подход и управление на лечебното заведение (по Hillestad and Berkovitz, 1991)



Диаграма 2 дава добра визуална представа за връзките между маркетинга и управлението (или прилагането на маркетинговия подход в управлението) на едно лечебно заведение за болнична помощ. Всяка от дейностите по маркетингане на здравните услуги е свързана с вземане на управленски решения, които много често са стратегически по отношение на запазването и развитието на бизнеса.

3.5. Маркетинг-микс – дефиниция и приложение в лечебните заведения

За да постигне целите си, маркетинговият подход стъпва върху политики (компоненти, тактики), известни като маркетинг-микс. Всяка една от тях отразява различни страни на маркетинговия подход. През 1960 година Джером Маккарти предлага класификация, известна като четирите р – тоест компоненти, свързани с **продукта** (product), **цената** (price), **разпространението** (place) и **представянето** (promotion). На първо място маркетингът се занимава с продуктите на лечебното заведение, тоест **предлаганите** здравни услуги. Логично е да се развиват и предлагат услуги, които удовлетворяват нуждите на пациентите. По тази причина първото съображение при подбора на пакета (портфолиото – виж и раздел 3.7 на същата глава) от здравни услуги, които ще развива конкретното здравно заведение е “Кои са нашите клиенти?”. Това е може би най-важният, но и най-труден въпрос, при това не само в здравния маркетинг. Както бе посочено по-нагоре, клиентите са тези, които потребяват реално или потенциално здравната услуга – пациентите и техните семейства. Картината обаче се усложнява поради факта, че върху решението за “покупка” на потребителите влияят множество фактори – хора от близкото обкръжение на пациента, здравната администрация на самото заведение, посредниците (насочващи специалисти, други лечебни заведения), финансиращите органи, обществото. Здравната администрация влияе върху решението на своите клиенти чрез разпределението на ресурсите вътре в заведението (например приоритетно обслужване на спешно болни или болни, които заплащат в брой), наличието на диагностична техника с много добри качества, каквато не се предлага от други заведения и т.н.

Наличието на посредници не е уникално за здравеопазването – във всеки вид бизнес от определено ниво на развитие съществуват посредници, които осъществяват връзката между производителите и потребителите (превозвачи, продавачи на едро, търговци на дребно). В здравеопазването съществуват множество посредници между здравното заведение и пациентите – това обикновено са лекари, които изпращат пациенти към здравното заведение за консултация или по-нататъшно лечение. Особеното при тях е, че освен посредническата роля те оказват съществено влияние върху мнението на пациентите (защо

точно това заведение, каква ще е ползата за пациента да отиде там, има ли по-добра алтернатива и т.н.). В други случаи посредници могат да бъдат определени застрахователни компании, които заплащат услугата в точно определено здравно заведение.

Както вече бе посочено, купувачите на услугата в повечето случаи не са самите потребители. Вместо тях заплащат трети страни – здравно-осигурителни каси, застрахователни дружества, държавата или целеви обществени фондове. Тази особеност също оказва влияние върху клиентите на здравната услуга – чрез системата от договаряне с лечебните заведения, нивото на заплащане на конкретната услуга, размера на самоучастието на пациента и много други.

Не на последно място трябва да се изтъкне и значението на обществото. В обществото се наблюдават групи от индивиди или конкретни хора, които не потребяват здравни услуги, но имат отношение към тях – благотворителни дружества, средствата за масова информация, общественият здравен регулатор (например Министерство на здравеопазването), пациентски организации и т.н. (виж и раздел 5.2.1.1 на същата глава)

Или ако се опитаме да обобщим характеристиките на потребителите на здравни услуги, предлагани от едно лечебно заведение, Диаграма 3 дава особено сполучлива представа (8):

Диаграма 3: Характеристика на потребителя на здравни услуги



Пациентът и неговите близки представляват всъщност най-тесната потребителска единица, която обаче далеч не изчерпва въпроса за вида на клиентите на здравни услуги. Здравеопазването в качеството си на сфера, подложена на мониторинг и контрол от множество фактори, представлява една от може би най-сложните в маркетингово отношение сектори.

Освен политики по вида, качеството и количеството на предлаганите продукти маркетинг-миксът се занимава с **цените**. Цената на дадена здравна услуга е най-общо сбор от себестойността плюс разходите по нейната продажба и предвидената за заведението печалба. (19) От друга страна цената има и информационна стойност – тя изразява склонността на потребителя да плати конкретната услуга и неговите предпочитания спрямо други услуги – заместители. Както вече беше споменато, цените в здравния сектор по-често не играят определяща роля, поради високото ниво на регулираност и наличието на трета страна – платец. В този смисъл цената не оказва характерната за свободния пазар регулираща по отношение на търсенето и предлагането функция и участниците в покупко-продажбата на здравни

услуги не проявяват ценова чувствителност (виж и раздел 5.2.1.1 на същата глава).

Изобщо темата за ценообразуването в здравеопазването е широко дискутирана в литературата. (20; 21; 22; 23; 24) На практика настоящите тенденции в здравеопазната система в България (както в повечето страни в Европа) е свързана непосредствено с тази тема. Според Гладилев и Делчева цените на здравните услуги страдат от дисфункция, свързана с изкривявания на пазарните взаимоотношения. (25) Както беше вече посочено, цената в условията на здравно осигуряване губи основните си функции на измервател, балансатор и възпроизводител. Предвид факта, че в нейното заплащане се намесва трета страна, на практика става по-скоро дума за квазипазарна цена, която се договаря между съсловните организации и финансиращия орган. (25) Освен това в самото определяне на цената на здравната услуга действат и други фактори – споделяне на цената между пациента и финансиращия орган (cost sharing – в България например това е широко използван механизъм за заплащане на лекарства и медицински изделия); приложение на непазарни цени (например под формата на потребителски такси) и т.н. Изобщо в системата на ценообразуване на здравните услуги се наблюдават значителни отклонения от пазарните механизми. В нашата страна, подобно на повечето страни от Европа, е наложен моделът на договаряне на цените между съсловните организации и финансиращия орган на национално ниво, но под контрола на държавен орган (пряко чрез преподписване на Националния рамков договор (НРД) от Министъра на здравеопазването и косвено чрез участие на представители на държавата в Надзорния съвет на Националната здравно-осигурителна каса). Именно затова при съпоставка на различните модели за определяне на цените на здравните услуги се оказва, че българският модел на ценообразуване може да се отнесе към най-нетипичните модели. (25; 26) Вероятно това обстоятелство е в основата на някои наболяли проблеми, които рефлектират и върху маркетинговите практики в лечебните заведения - задържане или даже намаляване на цените по клинични пътеки на фона на нарастващ обем на договаряните здравни услуги, недостиг на свежи инвестиции в сектора, ограничения от делегираните болнични бюджети и пр. (27)

Методите на ценообразуване на здравните услуги също представляват интерес за маркетинговото планиране, макар и не от първостепенно значение. Традиционно използваният подход е чрез остойността на себестойността на всяка извършвана от болницата здравна услуга по низходящ стъпковиден ред за съответното отделение при разпределяне и на общите непреки разходи. (19) От маркетингова гледна точка по-съществена е структурата на крайната цена, в която освен себестойност могат да се включват марж на печалба, дистрибуционни и търговски разходи, отстъпки за обем (например абонаментно обслужване) и т.н. Съвсем естествено от по-голям интерес за маркетинголога биха били услугите с по-добър марж на печалба, което като цяло се отнася за новите и по-технологични дейности (виж и раздел 3.7 на тази глава).

Друг елемент на маркетинг-микса е **дистрибуцията**, тоест пътищата и каналите, чрез които продуктът стига до потребителя. Дистрибуцията на услуги е по-специфична, като в здравеопазването тя по-скоро засяга условията на предоставяне, местоположението на здравното заведение, наличието на домашни посещения, вземането на лабораторни проби, използването на преносима техника и много други. Изобщо всички аспекти, свързани с физическата достъпност до здравната услуга или времето, необходимо за нейното осъществяване, подсказват наличието или липсата на дистрибуционни решения (по Вилянуева, 1988 г.)

Последният елемент от маркетинг-микса е **представянето** – дейности, които подпомагат клиентите да се запознаят с предимствата на продукта/услугата и да стимулират продажба. Съществуват различни форми на представяне – реклама, оферта, връзки с обществеността, предоставяне на отстъпки, спонсориране и много други. (28)

В сектора на здравеопазването представянето има по-специфични измерения. От една страна това е свързано с факта, че здравните заведения не наемат като правило продавачи (промотори) на техните услуги, а от друга много често директната реклама към потребителите е обект на стриктен контрол. Не бива да се пренебрегва и фактът, че за разлика от други услуги здравните са високо професионални, което ги прави неподходящи за масова реклама или търговска промоция. Все пак представянето има своята роля в едно лечебно заведение - “в болницата продават всички, защото всички се занимават с обслужване” (по Вилянуева, 1988 г.).

Продукт, цена, разпространение и представяне са четирите елемента на маркетинговия микс (виж Таблица 1), като само доброто им комбиниране ще постигне очакваните маркетингови резултати (8):

Таблица 1: Четирите P на маркетинг-микса

<i>Продукт</i>	<i>Цена</i>
Здравна помощ	(Слабо влияние)
Хотелиерство	Тарифност
Допълнителни услуги	Отстъпки
Следболнични грижи	Пакети
Марка	Понятия
<i>Разпространение</i>	<i>Представяне</i>
Достъпност	Информация
Очаквания	Реклама
Обикаляне	Връзки с обществеността
Амбулаторна помощ	Продажби

Концепцията на четирите p на проф. Маккарти, представена на Таблица 1 търпи основателна критика поради факта, че тя отразява гледната точка на производителя, не на клиента. (6) Действително клиентът едва ли би се замислил над вида на продукта, неговия начин на ценообразуване, разпространение или промоция. Затова четирите p придобиват през призмата на потребителя по-различно измерение (виж Таблица 2 по (6):

Таблица 2: Четирите C на маркетинг-микса през призмата на потребителя

<i>Четирите P</i>	<i>Четирите C</i>
Продукт (product)	Стойност за потребителя (Customer value)
Цена (price)	Разход за потребителя (Cost)
Дистрибуция (place)	Удобство (Convenience)
Представяне (promotion)	Комуникация (Communication)

Всъщност производителите предлагат продукти, докато потребителите купуват стойност, решение на даден проблем. На техен език всяко едно от четирите р придобива друго измерение – цената става общ разход по придобиване, дистрибуцията се измерва с удобството, а промоцията се превръща в двустранен процес на общуване, в който клиентът иска точно определена информация.

През призмата на здравеопазването гледната точка на потребителя на здравни услуги е още по-усложнена по причини, изтъкнати по-горе. На здравния пазар информацията е недостатъчна и не позволява особена диференциация на дадена услуга, предлагана от едно или друго заведение. (29) Освен това решението за покупка на дадена услуга се влияе силно от близките на пациента (роднини, приятели), както и от неговия личен лекар. Насочващият лекар често пъти сам се оказва в ролята на клиент и оказва решаващата роля за избора на дадена услуга/здравно заведение. В тази си роля обаче самият той е силно чувствителен към професионалното мнение на свои колеги и в този смисъл не особено податлив на евентуална промоция, особено при наличие на алтернативни доставчици. При здравните услуги в степен, много по-голяма от други видове услуги, решението на потребителя се основава на авторитета на експерта, което усложнява самата покупко-продажба. (8)

3.6. Други елементи на маркетинг-микса

Класификацията на Маккарти е дала основа за разработка на други класификации, които въвеждат нови елементи и/или видоизменят съществуващите. Както вече беше споменато, услугите и в частност здравните услуги представляват малко по-обособен вид продукт, който надхвърля описаните четири р. Изследователи разглеждат допълнително още три елемента, условно обозначавани като процес, личности и професионалност (8):

- **Процесът** в едно лечебно заведение всъщност представлява самата услуга. В действителност здравната услуга рядко е едноактна. При равни други условия (например проста операция) клиентът ще съди за нейното извършване по индикатори, които от гледна точка на здравното заведение не са водещи – например има ли назначени ден и точен час за нейното извършване, бързо и лесно ли са били назначени, при идването на пациента в заведението колко бързо е бил приет и подготвен, след събуждането кой се е погрижил за него,

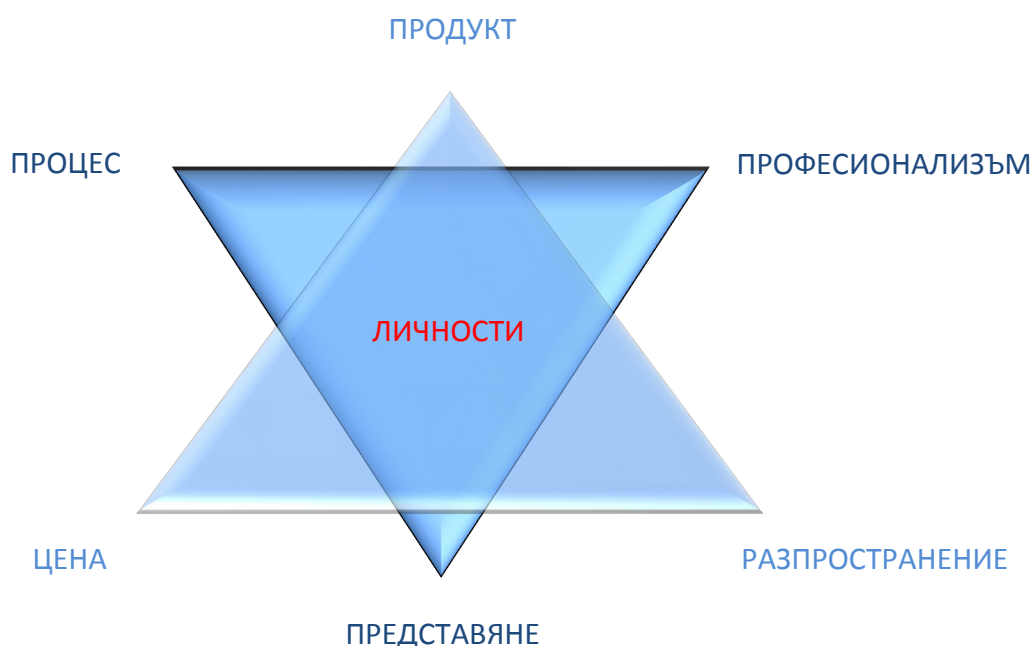
доколко е бил информиран, как е бил изписан, как здравното заведение го е проследило в следоперативния период и т.н. Очевидно услугата е процес, по време на когото пациента може да прецени качеството на нейното извършване. (30)

- **Качеството**, което определя протичането на процеса, е същественият измерител доколко здравната услуга е била извършена добре, и което е още по-важно - доколко клиентът е останал удовлетворен. В този ред на мисли е уместен въпросът след като качеството на извършване на дадена здравна услуга е измеримо, как можем да се оцени общото ниво на качеството на здравните услуги в едно заведение и как на базата на тази оценка да се изгради система за мониториране и подобряване на качеството (виж и раздел 3.8 на същата глава)

Здравната услуга се изгражда върху взаимодействието на различни звена, като връзката, необходима за тяхното синхронно функциониране е хуманна (за разлика от производството, където е техническа или материална). В нейната първооснова се крие въздействието върху болката, мъката и болестта. (8)

- Както вече бе отбелязано здравните услуги за разлика от други услуги не се използват по желание, а **по принуда**. В този смисъл здравната услуга придобива по-хуманно измерение, като личностният елемент трябва да се постави в центъра и (виж Диаграма 4 съгласно (8):

Диаграма 4: Мястото на личността в оказването на здравните услуги (по Rodriguez, J.R., 1998 г.)



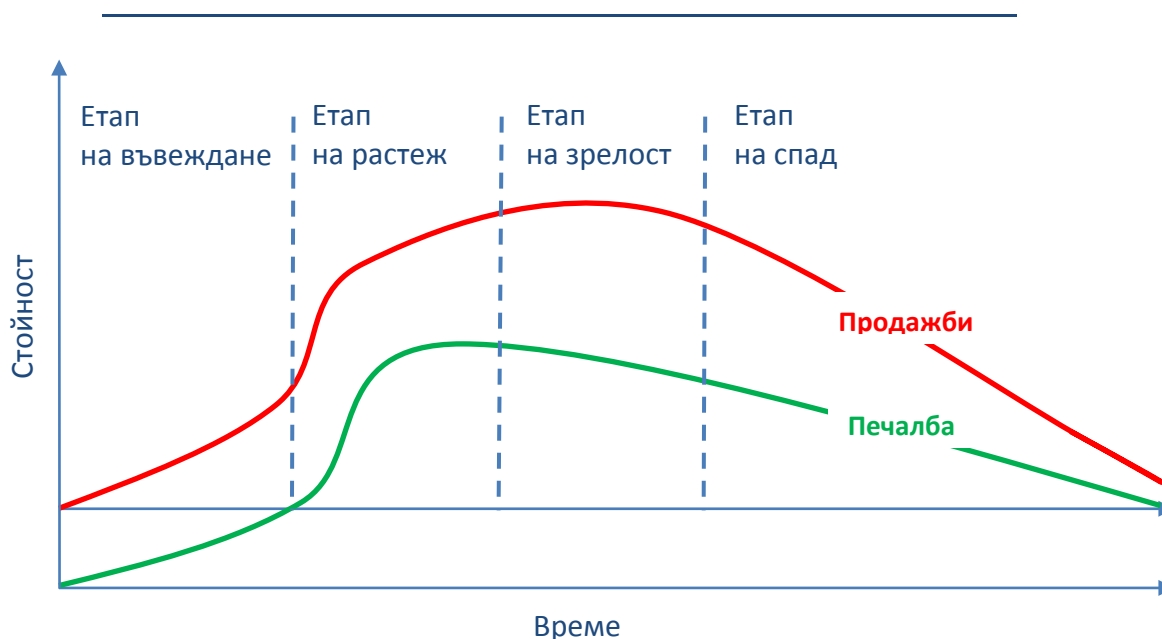
- Здравната услуга представлява **професионална услуга**. Отделни личности с авторитета на експерти се явяват в ролята на производители, реализатори и консуматори едновременно. Именно усещането за “професионализъм” представлява един от най-съществените елементи в маркетинг–микса, нерядко подценяван от здравните заведения.

В крайна сметка едно лечебно заведение формира своя маркетинг - микс на базата на потребностите и очакванията на своите клиенти – освен вида на здравните услуги, тяхната реалистична цена, подходящото разпространение и адекватното за ситуацията представяне трябва да се отчитат още влиянието на процеса (качеството на услугата), личността на здравните експерти и степента на професионализъм. Тези три допълнителни елемента имат съществено значение за успешния маркетингов подход. (31)

3.7. Управление на повече на брой маркетинг-миксове. Портфолио мениджмънт.

В реалния живот рядко се предлага само един микс от здравни услуги. Дори самостоятелно практикуващи лекари имат експертиза в цяла терапевтична област – например вътрешни болести, хирургия и пр. Едно болнично лечебно заведение обикновено оперира с по-широк пакет от услуги, което налага разработването на цялостна стратегия по тяхното управление. (32) Този процес в бизнес управлението е известен още като мениджмънт на портфолио (или на продуктова линия - (33)). Основополагащо за успешния портфолио мениджмънт е разбирането за жизнения цикъл на даден продукт/услуга. Подобно на биологичния жизнен цикъл една услуга преминава през етапите на въвеждане, растеж, зрялост и упадък (виж Графика 1). Във всеки един от тези етапи стратегията относно пазарното позициониране, промоцията, дистрибуцията и цените е различна. (33)

Графика 1: Четирите етапа на жизнения цикъл на една услуга на пазара (По Прайд и Феръл, 1996 г.)



Както е представено и на Графика 1, в етапа на **въвеждане** на новата услуга продажбите са ниски, а разходите по реклама – високи, което обуславя и негативна печалба. Най-важната цел е постигането на максимално информационно покритие на потенциалните потребители, чрез което да се промотират предимствата на новата услуга. Често пъти цената е висока (премирана), за да компенсират разходите по въвеждането.

В етапа на **растежа** продажбите се увеличават бързо, а печалбата достига върхови стойности. Конкуренцията постепенно се засилва, като услугата започва да се предлага от все повече пазарни участници, което води до намаляване на цените. Типично е намаляването на печалбите в края на етапа. Характерно е насърчаването на силна лоялност към услугата, включително и чрез промоционално ценообразуване. Обикновено този етап е критичен за новата услуга, защото реакциите на конкуренцията към успеха ще повлияе и нейното бъдещо предлагане.

В етапа на **зрялост** продажбите отбелязват върховата си точка, а печалбата продължава да намалява. Конкуренцията е ожесточена, като услугата се предлага масово. Самите потребители също достигат максималното си ниво на информираност. Характерно за този етап е насърчаването на продажбите и дистрибуцията, основно чрез реклама и предлагане от дилъри. (33)

В последния етап - на **спада**, продажбите намаляват рязко, като услугата се измества от пазара от по-нови и технологични услуги. Характерно за този етап е намаляването на елементите на микса, така че да се минимизират страничните разходи. В крайна сметка мениджмънтът прекратява пазарното присъствие на услугата.

Както вече беше отбелязано, една болница предлага група от услуги (портфолио) и съответно не зависи от жизнения цикъл само на един маркетинг микс. Управлението на портфолиото се стреми да комбинира услуги на различен етап от жизнения им цикъл, като самият маркетингов подход към всяка една от тях е различен. В общия случай маркетингологът се опитва да удължи максимално жизнения цикъл на всяка услуга, като го задържи най-дълго в етапа на зрялост, което дава възможност да се покриват разходите по въвеждания на следващи услуги. (33)

Портфолио мениджмънтът на здравни услуги се отличава с някои специфични особености. Различните услуги не следват непременно гореописания цикъл, който зависи далеч не само от потребителските нагласи, а от фактори като развитието на медицината, наличието на алтернативи, квалификацията на медицинските специалисти, специализацията на лечебното заведение и т.н. В този смисъл балансирането на портфолиото от здравни услуги на една болница не е много проста задача. При специализираните лечебни заведения (СБАЛ)

портфолиото напълно естествено ще отразява основната дейност на самата болница – например лечение на онкологични заболявания. При болници с по-широк профил (МБАЛ) се очаква портфолиото да покрива повече на брой услуги в различни терапевтични области. Управлението на такъв вид портфолио изисква по-задълбочени маркетингови познания, умения да се съчетават услуги в различен жизнен цикъл и от различни области и да се минимизира финансовият риск. Небалансираните портфолия, които стъпват приоритетно само няколко услуги поради моментна пазарна конюнктура, са рискови в дългосрочен план и могат да доведат до финансова несъстоятелност. Поради това естественият стремеж на всеки маркетинголог е постоянно да допълва портфолиото от услуги, което гарантира устойчивост и добри пазарни перспективи.

3.8. Качеството като неразделна част от маркетинговия подход. Практическо приложение на концепцията за качество.

Определянето на понятието “качество на медицинската помощ” кореспондира непосредствено с дефинициите на качество въобще. Специализираната литература предлага множество определения на това понятие. Според Карацу “доброто качество” представлява спазване на установени изисквания или стандарти, докато “лошото качество” е отклонение от тях. (34; 35) Според Харингтън качеството е удовлетворение или превишаване на изискванията на потребителя на приемлива цена. Американската асоциация по качеството (АНQ) дава определение като за “сложен комплекс от свойства и характеристики, които притежават стоките или услугите и които определят способността им да удовлетворяват определени потребности”. (36) Подобни са вижданията по проблема и в Европа. (37) Независимо от различната трактовка на термина “качество” повечето автори поставят удовлетвореността на потребностите на клиента като водещ мотив.

Проф. В. Борисов предлага една пазарно ориентирана дефиниция, даваща много точно взаимовръзката между маркетинговия подход и управлението на качеството: “Качеството е нещото, което търси клиента”. (38) По подразбиране клиентите в здравеопазването, както беше изтъкнато, всъщност са пациентите. Тази дефиниция задава една основна, почти органическа връзка между маркетинга на здравните услуги и качеството. Пациентът не просто търси конкретна здравна

услуга, той очаква тази здравна услуга да бъде извършена с максималното възможно качество (усещане за “професионализъм”). С други думи прилагането на маркетингов подход при предлагането на здравни услуги без действаща система за управление на качеството на тези услуги обезмисля самия подход. (39)

Качеството може да се дефинира и като степен на спазване на изискванията на заинтересованите страни. (40; 41) Според Донабедиан, считан за един от основоположниците на медицинската квалитология, качеството на медицинската помощ е “степен на достигане на най-голяма полза за здравето на човека без увеличаване на риска, при оптимален баланс между риска и ползата”. (42)

В този смисъл високото качество на една здравна услуга би трябвало да бъде:

- Висока степен на професионализъм
- Ефективно използване на наличните ресурси
- Минимален риск за пациента
- Удовлетвореност на пациента
- Положителен резултат върху здравето на пациента (43)

Качеството е концепция, която трябва да се прилага във всяко лечебно заведение. (44; 45) За тази цел обаче е необходимо развитието на следните дейности в чисто практически план:

- Анализ на наличната документация и съществуващите обобщени статистически данни
- Анализ на дейностите с оглед идентифициране на проблемите
- Периодична подготовка на статистически анализ за дейността с показатели за качество
- Спазване на програмата за управление на качеството
- Подобряване на информационната система
- Обратна връзка чрез анкетни проучвания на мнението на пациентите и служителите, анализ на жалбите и т.н.
- Разработване на програма за непрекъсната квалификация на персонала, която включва колегиуми, научни сбирки, участие в конгреси, специализации и т.н.

Чрез въвеждането и/или усъвършенстването на тези дейности лечебното заведение ще успее да създаде, приложи и поддържа адекватна програма за управление на качеството, което до голяма степен означава и приложение на маркетинговия подход.

4. Бенчмаркингът като технология за осигуряване на качеството и на добро маркетингово планиране

4.1.1. Понятие за бенчмаркинг

Не съществува единна дефиниция за бенчмаркинг поради факта, че самият подход се прилага в различна степен на широта – от прилагане в управлението до тясното използване на статистически методи за подобряване на качеството на стоки или услуги. (46) Така бенчмаркингът се определя като една от многото управленски практики, насочени към подобряване на производителността и продуктивността на организациите в сравнение с техните конкуренти. (47) Според Бийдъл и Сиърстон бенчмаркингът е техника или инструмент за подобряване на производителността чрез стремеж към достигане на най-добрите в дадения сектор. (48) В частните организации основната цел на бенчмаркинга е идентифициране и впоследствие взаимстване на конкурентни предимства.

4.1.2. Видове бенчмаркинг

Една от най-известните класификации на бенчмаркинга принадлежи на Камп. (49) Според нея бенчмаркингът може да бъде:

- вътрешен
- конкурентен
- функционален/генеричен

Вътрешният бенчмаркинг се осъществява в рамките на една организация – например измерване и съпоставяне на дейността на две отделения. Предимствата на този вид е, че се осъществява лесно и с минимални ресурси. Основният недостатък на вътрешния бенчмаркинг, че изключва сравнение с други организации, които могат да бъдат лидери в съответната област.

В частния сектор конкурентният бенчмаркинг представлява сравнение на анализираната организация с най-добрите такива сред конкурентите. При успешно осъществяване този бенчмаркинг предоставя информация за състоянието на референтната(ите) организация(и), преди всичко по отношение на онези характеристики, които осигуряват конкурентни предимства. Често срещан проблем пред конкурентния бенчмаркинг е трудният достъп до информацията, която в повечето случаи е предмет на търговска тайна.

В сферата на здравеопазването конкурентният бенчмаркинг може да се извършва на всяка една плоскост – в извънболничния сектор, в

болничния, в здравната администрация, в здравно-осигурителната сфера и т.н. В областта на болничните здравни услуги конкурентният бенчмаркинг на практика означава директна съпоставка между две (или повече) лечебни заведения, съответно техни еднотипни отделения.

Функционалният бенчмаркинг се фокусира върху отделен процес в рамките на една организация. При по-обхватния вариант на генеричен бенчмаркинг се изследва цялостното състояние на процесите в организацията. За разлика от другите два вида тук се използват повече качествени показатели, които да покажат различията в двете сравнявани организации. (46)

4.1.3. Предимства на бенчмаркинга

Чрез подхода на бенчмаркинг организациите, в това число и лечебните заведения, могат да си поставят ясни цели за постигане, базирани на информацията за добрите и лошите страни, установени в или извън организацията. Така например, ако даден хирургичен метод, практикуван от конкурентно лечебно заведение се оцени чрез съпоставка като по – ефикасен и/или по-ефективен и/или по-евтин от използвания в организацията, той може да бъде въведен след съответната специализация на хирургичния екип.

4.1.4. Фази на бенчмаркинга

Изследванията върху бенчмаркинга както в публичния, така и в частния сектор показват определена последователност в действията по неговото практическо реализиране. Повечето автори разглеждат следните фази (50):

1. Планиране
2. Анализ
3. Осъществяване
4. Преоценка

Във фазата на **планиране** трябва да се систематизират процесите/дейностите, които ще бъдат измервани. На този етап най-важното е събиране на подробна информация за процеса (структура, конкретни личности, информационен обмен, неформални процеси и т.н.).

Анализът включва идентификация на организацията, с която да бъде осъществено сравнението. Изборът трябва да се ръководи от спецификата на измерваната дейност и да позволява съставянето на

заклучение за добри практики, както и за факторите, които ги обуславят. В този смисъл трябва да се търси винаги съпоставка със сходни по предмет, мащаб и структура организации.

Във фазата на **осъществяване** се извършва самото събиране на данните. Понякога това е възможно на база съществуващи информационни масиви, в други случаи се налага използване на предварително разработена система за събиране на информация, например чрез анкетиране.

След приключване на колекцията от данни се осъществява и съпоставката на групите данни между бенчмаркваните организации с цел установяване на добри практики.

С фазата на **преоценката** завършва и самият бенчмаркинг. На база на събраните и сравнени данни стартира процесът на организационната промяна, която цели въвеждане на установените по-добри практики и повишаване на качеството на работата.

4.1.5. Проблеми на бенчмаркинга

Може би един от най-сериозните проблеми в осъществяването на бенчмаркинга опира до липсата на обективна и достоверна информация. Ако например желаем да съпоставим едно отделение от анализираната в този труд болница с друго отделение на конкурентна болница, трябва на първо място да уеднаквим базата за сравнение по отношение на:

- Вид и обем на извършваните дейности
- Човешки ресурси, които осъществяват тези дейности, съответно стаж, придобита специалност, хабилитации и пр.
- Технически ресурси
- Показатели за дейността
- Финансови показатели
- Показатели за качеството – включително съвпадение на първоначална с окончателна диагноза
- Еднакъв период от време, през който извършваме съпоставката и т.н.

Едва след това можем да направим изводи, доколкото е ефективно нашето отделение спрямо конкурентното, съответно ако съпоставката не е в наша полза, да анализираме причините за това.

В много случаи обаче посочените параметри не могат да бъдат съпоставени напълно – човешките ресурси могат да бъдат много различни, ако например едното отделение е част от болница, асоциирана към медицински университет и съответно осъществява академична дейност. Техническите ресурси също могат да бъдат напълно несравними, ако например едното лечебно заведение е частно и има по-големи финансови възможности. Все пак липсата на стопроцентова съпоставимост не е пречка за извършване на бенчмаркинг, стига още в началото да се адресират обективните разлики.

По подобен начин трябва да се подходи и при бенчмаркинг между две цялостно разглеждани лечебни заведения, където съпоставката е доста по-комплексна.

Други проблеми пред бенчмаркинга могат да бъдат осигуряване на подкрепата на ръководството, трудностите при осъществяване на промените на идентифицираните проблемни зони и т.н. (46)

5. Маркетингов план на лечебното заведение

5.1. Основни въпроси на маркетинг – плана

Планирането става една неотменна част от живота на здравния мениджър, което на свой ред е полезно както за доставчика на здравната услуга, така и за нейния потребител – пациентите. (51)

Ползите от изграждане на система за планиране в организацията може да се представи общо така (по Мелвил Бренч):

- Насърчаване на системно проактивно мислене
- По-добра координация в организацията
- Приоритизация на целите в организацията
- Изграждане на готовност за справяне в трудни ситуации
- Подържане на чувство за отговорност сред мениджърския екип

Поради важността на планирането в по-развитите организации за предлагане на здравни услуги има специализиран човек или екип по маркетингово планиране

Предназначението на маркетинг – плана е да представи в структуриран вид въпросите пред маркетинговата стратегия на организацията, а именно:

- Какъв е пазарът (на здравни услуги), в който ще оперира организацията?
- Къде се осъществява този пазар?

- Какво е търсенето и предлагането?
- Коя е нашата изходна позиция?
 - Като организация (лечебно заведение)
 - Като част от организацията
 - Като индивидуален субект
 - Спрямо пазарната среда и конкурентите
 - Спрямо нашия капацитет и вътрешни възможности
- Къде искаме да бъдем?
- Как искаме да стигнем дотам?
- Кой ще поеме отговорността?
 - Конкретен екип, отдел, индивид
- Колко ще струва това на организацията?
 - Бюджет, обезпечаване на ресурси
 - Как ще разберем, че сме постигнали заплануваното?

5.2. Структура и съдържание на маркетинг – плана

Въпреки че няма единен стандарт за писане на маркетинг – планове, повечето мениджъри се стремят към максимално опростен и кратък вариант. Най-важните и съответно задължителни елементи на един маркетинг – план са целите, стратегията и разходите за изпълнение. Като минимален обхват в този план трябва да се включат: (52)

- Анализ на пазарната ситуация
- Формулиране на целите
- Маркетингова стратегия
- План за действие
- Предвидени контролни механизми за измерване на успеха или неуспеха от прилагането на плана

5.2.1. Анализ на пазарната ситуация

В анализа на пазарната ситуация се включват изследване на регулативната макрорамка на пазара, описание на сегашното състояние, SWOT анализ и набелязване на основните проблеми за решаване и основните насоки за изпълнението на маркетинг-плана.

5.2.1.1. Регулативна макрорамка на пазара на здравни услуги

Пазарът в здравеопазването е част от икономическата система на дадена държава/общество, в която се възпроизвеждат отношения,

свързани с покупко-продажбата на здравни услуги (по Гладилов и сътр. - (53). Специфични за пазара на здравни услуги са силната регулация от държавата, квазипазарно ценообразуване на предлаганите здравни услуги (виж раздел 3.1 на същата глава), многобройните бариери за навлизане от нормативно и икономическо естество (виж и Приложение I) и др. Все пак при добро функциониране този пазар изпълнява важни общесвени функции като например задоволяване на здравните потребности на гражданите, насърчаване на внимание към пациента и по-високо качество на услугите, ефективна защита срещу черния пазар, генериране на развитие и иновативност и т.н. Същевременно обаче този пазар по ред причини не може да функционира като свободен и базиран на съвършена конкуренция. В икономиката на здравеопазването е наложена “концепцията за провала на пазара в здравния сектор“ (53). Според един от съвременните икономисти - теоретици Улф Младши пазарните дефекти се дължат на отклонение от ефективността (измервана чрез качествено обновяване на продукцията) и справедливостта (измервана чрез способността за равномерно разпределение на богатата). (53; 54) Най-същественото отклонение от ефективността е наличието на информационна асиметрия между търсещата и предлагащата страна, което води до зависимост на първата от втората. Пациентът се доверява на мнението на лекаря, тоест той не може да бъде независим по смисъла на свободно пазарните отношения (виж и раздел 3.1 на същата глава). Самата предлагаща страна е насърчена от пазара да индуцира търсене, което генерира раздуване на здравните разходи. Някои от здравните услуги пък нямат пазарно търсене (например профилактиката на инфекциозните заболявания), но представляват значими обществени блага, което предполага намесата на държавата. Тези и други фактори (вертикална интеграция на услугите, несъвършена конкуренция, наличие на здравно-осигуряване и право на здравна помощ за всеки) ограничават силно свободното функциониране на пазарните механизми в здравния сектор. (53) Като резултат се формират неблагоприятни последици като:

- Раздуване и инфлация на здравните разходи
- Непълно покриване на здравните потребности, като на преден план излизат печеливши и лесни за изпълнение медицински дейности, които може и да не адресират националните здравни приоритети (типичен пример в това отношение е станалата напоследък „модна“

клинична пътека за сърдечна катетеризация, която е скъпо платена и се прилага в съмнително широк мащаб)

- Неравнопоставен достъп до здравна помощ, при който плащащите в брой се обслужват с предимство
- Загуба на човешки ресурс и обществен потенциал

В България пазарът на здравни услуги, подобно на много други държави, е силно регулиран. (55) Тази регулация се разглежда в два аспекта – косвено, тоест чрез създаване на съответната пазарна макрорамка; и пряка, тоест чрез директни административни механизми. (53) В Приложение I са описани всички нормативни актове, които определят тази регулация. В нашата здравеопазна система преобладава държавното косвено регулиране, което се възприема и като по-пазарно ориентирано. Сред основните регулативни средства могат да се посочат:

- Национална здравна карта, която съдържа минимално и максимално необходимия брой здравни заведения, съответно техния леглови капацитет (виж раздел 3.1.1 на Глава III).
- Основен гарантиран пакет здравна помощ, която се заплаща от бюджета на НЗОК. В неговия обseg попадат всички клинични пътеки, заплатени напълно или частично лекарства, медицински изделия и т.н.
- Акредитация, която представлява механизъм за оценка на качеството на предлаганата здравна помощ и обхваща оценка на структурата и организацията на лечебните заведения, оборудването, човешките ресурси, показателите на дейността, финансовите показатели и т.н. (виж раздел 3.8 на същата глава)
- Правила за добра медицинска практика – те се приемат от съсловните организации и служат като отражение на съвременните медицински стандарти за диагностика и лечение на дадено заболяване. В нашата здравеопазна система те намират приложение в структурата и обхвата на клиничните пътеки, които НЗОК заплаща.

Едно проучване на катедра „Управление на социално-културните дейности“ в УНСС потвърждава тезата за наличието на изкривявания на пазара на здравни услуги в България за периода 1999-2006. (56) По-характерно е формирането на олигополни структури в болничната помощ от страна на предлагането, водещ до опорочаване на

конкурентното начало. В публично финансиран пазар се прилагат икономически неиздържани цени, които предизвикват натрупване на дългове и пазарни дисфункции. (57)

В резюме може да се отбележи, че пазарът на здравни услуги не се подчинява на логиката на типичния свободен пазар. Към него се прилагат серия от регулативни ограничения, които гарантират изпълнението на неговото основно предназначение – предоставяне на здравна помощ на обществото. (58) В България в сектора на здравеопазването се наблюдават пазарни изкривявания, които водят до порочни практики. (59; 60; 53) Горепосочените фактори трябва да се имат предвид при извършване на маркетинговите анализи и оценки.

5.2.1.2. Описание на сегашното състояние

В това описание трябва да се включи оценка на развитието на дадената услуга/и за релевантен минал период, например 3 години, пазарен дял, пазарен тренд, цени, движещи фактори на пазара и т.н. В това описание трябва да се открият следните тематични насоки:

5.2.1.2.1. Анализ на външната среда

Този анализ обхваща данни, които ще ни потрябват при планиране на развитието в маркетингов аспект, именно демографски данни и тенденции, икономически фактори (потребление, заетост, безработица, инфлация, обществени разходи и приходи, социални фактори), културелни и психологически фактори (здравето като ценност, начин на живот, спорт, обща нагласа към системата на здравеопазването и т.н.)

5.2.1.2.2. Анализ на поведението на потребителите на здравните услуги

Поведението на пациентите се влияе най-вече от културата. Изборът на пациента се диктува от мнението на семейството, приятелите, близкото обкръжение, както и личният лекар (в особена степен). От особена важност е как личният лекар влияе в своето мнение по отношение на дадена здравна услуга. За доброто планиране е важно маркетинголозите да проучат нагласите на потребителите към дадената здравна услуга, източниците на информация, познанията, моделите за вземане на решение и пр.

5.2.1.2.3. Проучване на пазара

Всъщност основната насока в това проучване е прогноза за очакваното търсене на дадената здравна услуга(и), което се базира на данните от анализа на външната среда. Очевидно е, че като всеки пазар и този се състои от настоящи и потенциални потребители, като вторите биха се насочили към предлаганата здравна услуга по икономически подбуди, географски принцип, административни причини и пр. Така можем всъщност да говорим за свободен пазар. Лечебното заведение обаче не може да удовлетвори целия свободен пазар, затова се насочва към определена част от него, която обозначаваме като обслужван пазар, тоест съвкупността от определени потребители с определени особености като възраст, пол, диагноза, рискови фактори, покупателна сила и т.н. Реалните потребители пък обозначаваме като завладян пазар. При проучването на пазара се използват методи за прогнозиране на бъдещото търсене – изучаване на мнението на потребителите или техните лекари, изпробване на нови услуги сред ограничен кръг потребители.

Един важен момент при проучването е определянето на пазарния дял на здравното заведение, което разработва маркетинг-план, тоест съотношението между обема на продажбите на дадена здравна услуга на заведението към продажбите изобщо на дадения пазар. След като извършим посочените оценки, трябва да определим целевия пазар, тоест онази част от пазара, към която да насочим нашите маркетингови активности. Изобщо горепосочените анализи трябва да се правят с оглед постигане на набелязаните маркетингови цели – обем на продажбите, проникване в нов пазар, предлагане на нова здравна услуга, привличане на определени потребителски групи и т.н.

5.2.1.2.3.1. Източници на пазарни данни

Посоченото проучване на пазара се осъществява чрез извършване на анализи на определени информационни източници, които съдържат подходящи данни. (61) Темата за събиране на данни в процеса на маркетинговото проучване присъства във всеки учебник или наръчник по маркетинг. Според Прайд и Феръл събирането на данни трябва да започне едва след формулиране на целта на проучването. (62) Най-общо съществуват на разположение на маркетинговете два вида данни – първични и вторични. За разлика от първичните, които се събират директно от целевите групи (респондентите), вторичните данни се

характеризират основно с това, че са събирани с други цели. Те могат да включват информация, събрана от структури вътре в самата организация или извън нея. (63) Обикновено маркетинговите проучвания започват именно чрез събиране на вторични данни, каквито могат да бъдат счетоводни документи, справки за продажби от предходни години, статистически справочници, платена информация и т.н. (62) Представа за характера на тези данни и техните източници може да се придобие от Диаграма 5.

Диаграма 5: Класификация на данните за целите на маркетингово проучване според вида на източника
(По Прайд и Феръл, 1996 г.)



Както е демонстрирано на Диаграма 5, източниците на данни могат бъдат много разнообразни. Вторичните данни се набират от различни външни места, сред които официални документи, научни издания, специални доклади, платена информация и много други. За разлика от тях събирането на първични данни изисква много повече време и ресурси, често пъти свързано експерименти, наблюдение на явления или работа с респонденти. (62)

5.2.1.2.3.2. Класификация и критерии за оценка на източниците на пазарни данни

В маркетинга на здравните услуги, подобно на други сфери, се разчита основно на вторичните данни, които са по-лесно достъпни, по-малко ресурсоемки и достатъчно информативни за целите на маркетинговото планиране. (61; 61) Именно поради това те представляват и основен източник на информация за маркетинговата функция, особено в специфична пазарна среда като сферата на здравните услуги в България. Това обстоятелство предполага доразвиване и адаптиране на класификацията, предложена от Прайд и Феръл. С оглед спецификата на модела на здравеопазване и състоянието на пазара на болнични здравни услуги в България е предложена следната авторска модификация на класификацията (виж Диаграма 6 по (64):

Диаграма 6: Модифицирана класификация на вторичните пазарни данни по вид на източника, специфика, обхват и други критерии (По Младенов и Кирилов, 2012 г.)



Както е представено на Диаграма 6, независимо от вида на източника (външен или вътрешен) източниците могат да се групират по определени критерии, което прави техния анализ по-лесен и по-структуриран в процеса на разработване на маркетинговия план. Модификацията на класификацията може да бъде представена и описателно (64):

а) Според вида на източника

Този критерий припокрива и концепцията на Прайд и Феръл. Както беше дискутирано, пазарните данни могат да бъдат получени от различни източници – правителствени служби, в България например МЗ и неговите регионални подразделения, неправителствени организации, които са активни в този сектор, частни субекти, предлагащи срещу заплащане провеждане на проучвания и/или готови данни, публично достъпни данни – например от страна на Националната здравно осигурителна каса (НЗОК). Вътрешните данни могат да бъдат получени от отделите „Финансово-счетоводен“, „Човешки ресурси“, „Административен“ и т.н. на едно болнично лечебно заведение.

Интерес представлява често срещаната в маркетинговата практика у нас ситуация, свързана с разлики в информацията при различните източници по едни и същи показатели. В този случай трудно може да се прецени кой от източниците е по-достоверен, за да бъде взет като еталон. Обичайният подход е съпоставка на установените разлики и екстраполация между източниците до формиране на някаква усреднена величина, която е реалистична.

Така например по данни на НЗОК разглежданият в Глава III пазарен дял на МБАЛ „Доверие“ АД се определя на 1,702 % по обем на дейността и 1,623 % по стойност на публично финансиран пазар на здравни услуги през 2012 г. (виж раздел 3.2.4 на Глава III). Възниква въпросът коя от двете стойности е по-близка до реалността. От гледна точка на маркетинговото планиране обемът на дейността е по-важният показател, защото отразява реалната конкурентна ситуация, в която борбата се води за привличане на пациенти, а не на финансови средства. Съответно реализираният дял по стойност не отразява реалната пазарна позиция на болницата поради особеностите на самата среда – квазипазарно ценообразуване, инфлация на здравните разходи и т.н. (виж и раздел 5.2.1.1 на същата глава).

Посоченият пример показва, че в реалния живот на маркетинголога много често информацията (особено от външни източници) трябва да се подлага на критична оценка, което в крайна сметка подпомага разработването на маркетинговия план.

b) Според тяхната специфичност

Пазарните данни могат да притежават определена специфика, която да бъде от полза за анализиращите маркетинголози – например проведено целево маркетингово проучване на пазара на роботизирани хирургични услуги с провеждане на операция от дистанция. Обратно, наличните данни могат да не ползват маркетинголога поради липсата на специфика – например данните от Националния статистически институт относно заболяемостта по нозологични единици съгласно класификацията на СЗО (65) не дава добра ориентация за нуждата от развитие на миниинвазивната кардиология.

Изобщо оценката по този критерий зависи от целите на анализа – ако целта е да бъде разработен маркетингов план за развитието на определен тип болнични здравни услуги, съотнесен към определен географски регион, наличните вторични данни по-скоро няма да предоставят такава специфика.

c) Според обхвата

Данните за пазара могат да бъдат с определен обхват, който да дава поглед върху даден пазарен сектор, сегмент или субсегмент, да бъдат структурирани по регионален принцип, както и да предоставят информация за всички пазарни играчи. Обхватът може да бъде ретроспективен за определен минал период. Така например ако маркетинговият план предвижда разкриването на нова здравна услуга в дадено болнично заведение, то анализът трябва да обхваща обема и общите продажби на дадената услуга в национален (или даже наднационален) и регионален мащаб, развитието на предлагането на услугата през последните години, както и наличието на конкуренти (в национален и регионален мащаб). По аналогия със специфичността обхвата на наличната информация може да бъде недостатъчен за конкретния анализ.

d) Според други критерии

Възможно е класифицирането на пазарната информация и по други критерии - например по цел (целови проучвания за конкретен анализ, системни проучвания със стратегическа насоченост като например развитие на здравеопазната система през следващите 10 години), по степен на дълбочина (до ниво терапевтична област, сегмент, субсегмент) и т.н.

В ежедневната практика на маркетинговото планиране обикновено се работи с повече на брой източници, част от които, както беше посочено, са с ниска степен на информативност. За да бъдат полезни, вторичните пазарни данни трябва да отговарят на определени **изисквания**. Оценката на информацията по тези изисквания помага за отсяването на надежните и важни за маркетинговия план данни. В тази насока могат да бъдат разглеждани следните емпирично изведени критерии за оценка (64):

а) Достоверност

Вторичните данни на първо място трябва да са **достоверни** и да дават близка до реалността представа за размера на пазара на болнични услуги. Освен актуална снимка тези данни трябва да позволяват проследяването на динамиката на пазара – расте или намалява, има ли сезонни колебания, атрактивен ли е за нови участници и т.н.

б) Специфичност

На второ място информацията трябва да е достатъчно **специфична** – тоест да предоставя по-детайлна представа за пазарния сегмент, който интересува маркетинговете – например състоянието на пазара на миниинвазивни техники в коремната хирургия. Още по-информативно би било наличието на информация и на ниво субсегмент – в посочения пример може да бъде услугата „миниинвазивна холецистектомия“.

в) Структурираност

На трето място пазарните данни трябва да бъдат добре **структурирани** – тоест да улесняват маркетинговете при неговите анализи в необходимата дълбочина и да позволяват взимането на обективни маркетингови решения. Такава структурираност предполага наличие на информация по географски принцип, по вид и големина на пазарните играчи, по източници на финансиране, по времеви периоди и т.н.

г) Произход

Не на последно място пазарните данни трябва да са с **гарантиран произход** – тоест методиката на тяхното събиране и обработване трябва да предполага възможно най-малки отклонения от реалността. Субектът, който събира подобни данни, трябва да бъде заинтересуван от обективността на данните и да гарантира за тяхната достоверност.

В България в сектора на здравеопазването се предлага регулярно засега информация единствено за пазара на лекарствата. Доставчик на тази информация е независимата международна компания IMS Health (66). Данните включват състоянието и динамиката на продажбите на лекарства по географски области, периоди (години, тримесечия и месеци), терапевтични области по АТС класификация, по стойност на продажбите и по обем, по търговски и генерични наименования и пр. Доставчикът на данните очевидно е максимално заинтересован да поддържа постоянно качество при събирането им. По поръчка може да се търси специализирана информация и в областта на здравните услуги по методиката на социологическите проучвания, каквито се предлагат от различни доставчици. (67)

В резюме може да се отбележи, че с оглед целите, които си поставя маркетинговият анализ, а именно създаването и регулярното актуализиране на маркетинговия план на дадено болнично заведение, пазарните (вторични) данни трябва да бъдат едновременно достоверни, специфични, максимално структурирани и с гарантирано качество.

5.2.1.2.4. Пазарно сегментиране

За целите на по-обстоятелствен пазарен анализ е полезна концепцията за пазарно сегментиране, която намира широко приложение в продуктивния маркетинг. Според Прайд и Феръл пазарният сегмент означава „група индивиди, които имат една или повече характеристики, карращи ги да проявяват относително сходни потребности“. (68) Основната причина за използване на сегментирането е, че в силно хетерогенния пазар една организация е по-способна да развие маркетинговия микс така, че да удовлетвори нуждите на една сравнително хомогенна група потребители.

Посочената концепция намира широко приложение на пазара на здравни услуги, който е естествено сегментиран по здравни нужди. Самата специализация на лечебните заведения е ориентирана по терапевтични области, което на свой ред намира отражение в структурата им – със съответните кабинети и отделения за лечение на определени болести (отделение по кардиология, по урология и т.н.). Освен това едно лечебно заведение рядко предлага само един вид услуги. Повечето лечебници, независимо дали в извънболничната или болнична помощ, се фокусират върху много на брой терапевтични области, с което на практика изпълняват така наречената

мултиксегментационна стратегия (по Прайд и Феръл). При мултисегментацията организацията насочва своите маркетингови усилия към повече на брой сегменти чрез разработката на маркетингов микс за всеки от тях. Отделните миксове може да се различават не само по вида на услугите, но и по вид на дистрибуция, промоция и ценообразуване. В тази връзка подобна стратегия изисква и по-високи маркетингови разходи, обслужващи всеки сегмент поотделно. Според Хр. Танушев (7) маркетинговото сегментиране трябва да се извършва на база географски, демографски, психографски, поведенчески критерии и полезност.

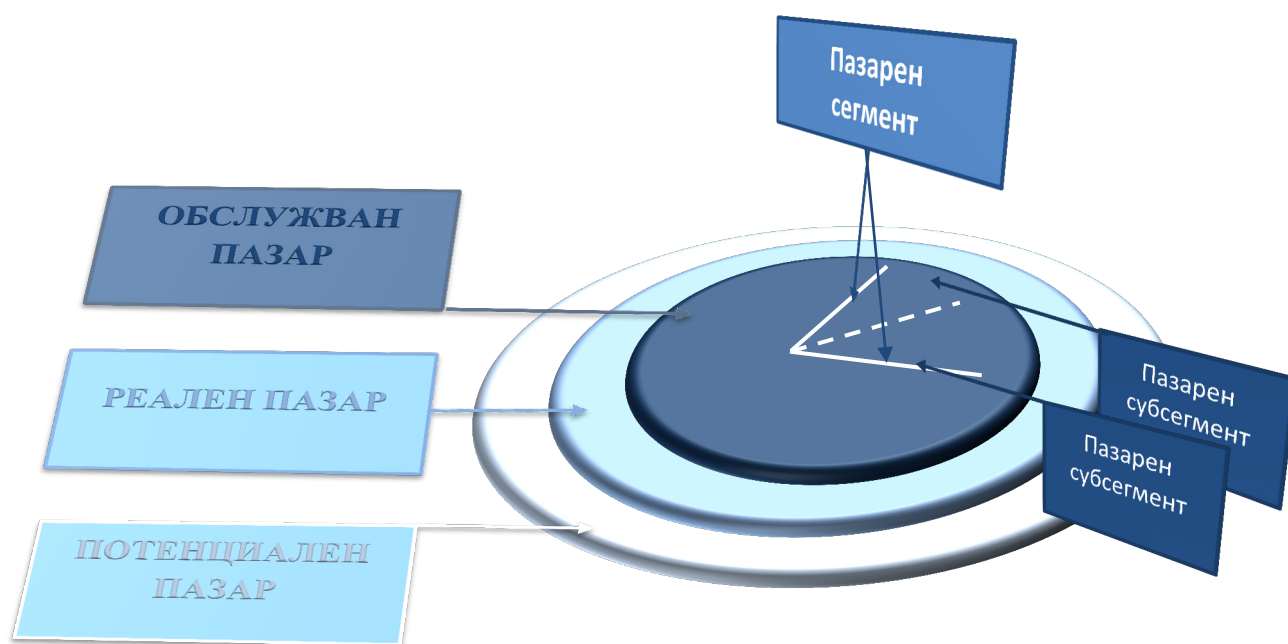
За целите на извършваните анализи (виж глава III) може да се приеме, че едно болнично лечебно заведение оперира в следните пазарни категории: (52)

- Реален пазар на здравните услуги – това е съвкупния пазар на всички услуги, измерени по обем и стойност, реализирани от всички участници на пазара в даден географски регион (град, област, цялата държава).
- Потенциален пазар на здравните услуги – това е нереализирания, потенциално възможен пазар на здравни услуги, измерен чрез прогнозни обем и стойност за даден географски регион.
- Обслужван пазар на здравните услуги – това е съвкупността от онези услуги, които обслужват определена част от реалния пазар. Така например ако една болница не изпълнява всички дейности, заплатени от НЗОК в дадена област, то тя покрива само една част от пазара (обслужван пазар) и съответно нейното пазарно присъствие трябва да се анализира само в тази част.
- Пазарен сегмент от обслужвания пазар – това е групата от болни от сходни заболявания, която таргетираме чрез даден микс здравни услуги - например ендоскопска диагностика и лечение на гастроинтестинален тракт.
- Пазарен субсегмент – това е конкретна дейност, насочена към дадено заболяване или група заболявания по нозологични единици – например заболявания на стомаха.

Посочената класификация е твърде условна, но предлага удобство при изграждане на маркетинговия подход в дейността на лечебните заведения, защото следва естествената логика на цялата система на здравеопазване. Структурата на лечебните заведения е по терапевтични

области, системата на финансиране от НЗОК е базирана на лечебно-диагностични алгоритми (клинични пътеки) в съответните области, не на последно място цялата здравна отчетност и статистика е структурирана по подобен начин. Посочените понятия могат да се представят и схематично, както е изобразено на Диаграма 7.

Диаграма 7: Пазарно сегментиране



Както се вижда на Диаграма 7, всяко едно от разглежданите понятия влиза в обхвата на предходното.

Като пример за практическо приложение на сегментирането може да се посочи следното (виж подробно в раздел 3.2.4 на Глава III):

Изследваният в тази разработка обект МБАЛ „Доверие“ АД обслужва стационарно пет терапевтични области, всяка от които съставлява отделен пазар. През 2012 в областта на гастроентерологията размерът на пазара по прогнозни оценки е 107 748 брой дейности по обем и 79 682 178 лв. по стойност (това се отнася само за услугите, платени от НЗОК. Болницата не изпълнява всички клинични пътеки, заплащани от НЗОК на този пазар, съответно оперира в по-малък обслужван пазар - съответно 105 292

брой дейности по обем и 78 205 690 лв. по стойност или 98 % от реалния. На този пазар болницата реализира 2,61 % пазарен дял, като обслужва следните пазарни сегменти по общо 11 клинични пътеки: заболявания на горен гастроинтестинален тракт, заболявания на тънко и дебело черво, болест на Крон, заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума и хронични чернодробни заболявания (сегментацията се базира на класификацията на НЗОК, по която се заплащат посочените дейности). В пазарния сегмент „заболявания на горния гастроинтестинален тракт“ попадат субсегментите злокачествени заболявания на хранопровода, гастро-езофагеален рефлукс, язвена болест на стомаха и пр.

Посоченият пример показва практическото значение на пазарното сегментиране. Като подход то създава удобството да хомогенизира помалките пазарни категории, в които планирането на маркетинг-микса се доближава максимално до реалните пазарни нужди.

5.2.1.3. SWOT – анализ

Този анализ (виж и раздел 2.3.5 на Глава III) се базира на четири показателя, които произтичат от абривиатурата s – strengths – силни страни; w – weaknesses – слаби страни; o – opportunities – възможности; t – threats – заплахи. Всъщност анализът представлява комбинация от два анализа – вътрешен на организацията и външен на средата.

Вътрешният анализ обхваща силните и слабите страни на здравното заведение. В него трябва да се идентифицират възможностите на организацията по отношение на предлаганата услуга (добър капацитет, наложен авторитет, налични специалисти и пр.), както и слабите страни (липса на подходящо оборудване, липса на опит в дадената услуга, недобра географска локация и т.н.)

Външният анализ обхваща наличните възможности по отношение на целевия пазар (услугата не се предлага от никого, услугата е много модерна и търсена) и съществуващите заплахи (липса на публично финансиране за услугата, силна конкуренция, неразвита здравна култура сред населението и т.н.). (52)

5.2.1.4. Основни проблеми за решаване

В тази част на плана маркетингологът трябва да анализира основните проблеми, които стоят пред здравното заведение към настоящия етап с оглед изпълнението на набелязаните маркетингови цели.

5.2.1.5. Основни предположения за бъдещето

На база на досега извършените анализи трябва да бъдат направени някои по-принципни предположения за развитието на пазара и мястото на организацията в него.

5.2.2. Формулиране на целите

В най-общ смисъл целите трябва да се групират на близки и далечни:

- Близки цели – това са целите, които се преследват за кратък период от време - например една година, като повишаване на удовлетвореността на пациентите, увеличаване на пазарния дял, подобряване на връзката с общопрактикуващите лекари и т.н.
- Далечни (мащабни) цели – това са по-важните за организацията цели, които ще се преследват в дългосрочен аспект (близките 5 години например) – завладяване на съществен пазарен дял, обхващане на всички потенциални потребители от даден регион, изграждане на безспорен авторитет в предлагането на тази услуга и т.н.

5.2.3. Избор на маркетингова стратегия

Маркетинговата стратегия се оформя от следните компоненти:

а) Целеви здравен пазар

Пазарът, към който се стреми здравното заведение, трябва да бъде охарактеризиран максимално точно – демографски особености на целевите потребители, географска локация, материално състояние, психологически нагласи. От съществено значение е да се идентифицира предпочитания от потребителите канал за информация – електронни медии, печатни медии, специализирани издания, съвет на специалист, роднини и приятели и т.н. В описанието на целевия пазар трябва да бъдат охарактеризирани и здравните специалисти/заведения, които ще насочват пациентите към нашето здравно заведение. Добре е да се помисли за мотивационни механизми, които да насочат потребителите именно към нашето заведение.

b) Основни позиции

В тази част е добре да се открие поне едно конкурентно предимство на предлаганата здравна услуга(и) – например много добро качество, бързина на обслужване, най-добра безопасност, комплексен подход (предлагане на свързани услуги, абонаментни планове и т.н.)

c) Ценово позициониране

Неотменна част от маркетинговия план е ценовата стратегия – тоест предлаганата цена на услугата, нейното съотнасяне към цени на конкурентни услуги, съотношението цена / полза и т.н.

d) Общо стойностно предложение

Като логично следствие от горепосоченото трябва да се формулира и общата стойност на предлаганата услуга, която да дава отговор на най-важния потребителски въпрос „Защо трябва да ползвам тази услуга?“. Към общата стойност трябва да се добавят естествено всички предимства и характеристики на здравната услуга, така че да се удовлетвори максимата, че „потребителят трябва да се стреми към ненадмината степен на удовлетвореност, а бизнесът – към ненадмината степен на печалба“.

e) Дистрибуционна стратегия

Задължителна част от маркетинговата стратегия е предвидената дистрибуционна политика, която да гарантира достигане на здравната услуга до целевите потребители – например домашни посещения, диспансарен отчет, електронна информационна система, програми за превенция и контрол, здравно-информационни кампании и пр.

f) Комуникационна стратегия

Тя включва предвидените активности по комуникация с целевата група потребители – електронни и печатни медии, реклама на предлаганата услуга. Тази стратегия трябва да определи и целите на отделните комуникационни активности. (28)

5.2.4. План за действие

В плана за действие трябва да има разписани конкретни и времево обвързани действия, както и разписване на персонални отговорности сред екипа, който ще изпълнява маркетинговата програма. Същевременно този план трябва да превижда обективни критерии за измерване на успеха, както и периода за тяхното прилагане – например

анкетно проучване сред целевата група потребители, което цели да измери успеваемостта на проведената медийна кампания.

5.2.5. Подходи за оценка на маркетинг – плана

Предвид факта, че в днешно време постоянно се пишат и разглеждат на висше мениджърско ниво множество планове, за да се извърши обективна оценка на даден план, трябва да се изработи съответния подход. Такъв би могъл да включва например стандартен формат за разработване на планове, печатен или електронен, където във всеки един раздел има контролни въпроси за тестване на издържаността на плана (виж и Приложение IV). Такива въпроси биха могли да бъдат:

- Планът определя ли основните потребителски сегменти, които ще бъдат целеви?
- Огледани ли са всички налични възможности, в това число и нестандартните такива?
- Каква е вероятността планът да постигне целите си?
- Може ли планът да бъде изпълнен с по-малко средства?
- Други контролни въпроси, в това число отразяващи спецификата на разглеждания пазар

Изобщо структурата и съдържанието на маркетинговия план зависят от конкретната дейност(и) на предприемача в пазара на (здравните) услуги(те). Структурата на такъв план трябва да се адаптира именно към тази специфика, така че в крайна сметка да се постигне основната цел – набелязването на маркетинговите цели за планирания период (виж и раздел 3.3 на Глава III). Аналогично съдържанието на плана също трябва да е гъвкаво и да отразява всяка една от разгледаните в този раздел насоки чрез обективни и конкретни съждения.

5.2.6. Взаимовръзка между стратегически план и маркетингов план на болнично лечебно заведение

Връзката между понятията „маркетингов“ и „стратегически план“ може да се търси в няколко посоки. На първо място това е информацията, която трябва да се анализира с цел разработването на двата типа планове. Според Мутафова и сътр. за целите на стратегическия план трябва да се анализира външната среда в ретроспекция от поне 10 години по отношение на демографски данни на потенциалния обслужван район, епидемиологични данни, конкурентни лечебни заведения, планове за развитие на района в

индустриален и социален план, връзки с академични среди, с професионални групи и т.н. (69) За разлика от това маркетингът се интересува повече от пазарно ориентирана информация – за конкретна терапевтична област, конкуренция в по-тесен аспект, динамика на изледвания пазар, потребителски пациентски профили и т.н., при това не в такава дълга ретроспекция. (70)

На второ място и двата плана се нуждаят от SWOT анализ, но за целите на стратегическото планиране той е по-общ и визира болницата като цяло, докато маркетинговият SWOT анализ се отнася само за даден маркетинг-микс (виж и раздел 5.2.1.3 на същата глава).

На трето място стратегията на една болница си поставя за цел задоволяването на съвкупните здравни потребности на бъдещия обслужван район, докато маркетингът се стреми да наложи определени здравни услуги с добър пазарен потенциал в даден сегмент. (69; 71; 72) Изобщо маркетинговият подход се прилага повече на тактическо ниво, в конкретна терапевтична област (пазар), докато на стратегическо ниво освен маркетинговите съображения трябва да се вземат под внимание и други фактори, свързани с клинично, финансово и материално-сградно управление, човешки ресурси, качество, защита срещу риска, инвестиционна политика и други. (73) Успешната стратегия на една болница се базира на финансови цели и прогнози, инвестиционно планиране, управление на оборотните средства и на капитала, реализиране на печалба, мениджмънт на човешките ресурси и др., докато успешната тактика – на добър маркетингов подход, стъпил на взаимоотношения с клиентите. (7)

ГЛАВА II

ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО

ЦЕЛ

Проучване и оценка на осъществените и потенциалните възможности на маркетинговия подход за повишаване ефективността и организационното развитие на МБАЛ „Доверие” АД

ЗАДАЧИ

- 1. Литературен анализ по проблема за ролята на маркетинговия подход в здравеопазването*
- 2. Анализ на материално-техническата база и управлението на ресурсите на болницата*
- 3. Анализ на дейността и основните показатели на болницата*
- 4. Сравнителен анализ на дейността и основните показатели на болницата спрямо тези на друго лечебно заведение*
- 5. Анализ на актуалните позиции на болницата на пазара на здравни услуги в страната*
- 6. Анализ на прилагането на съвременния маркетинг в управлението на дейността на болницата*
- 7. Разработване на насоки за усъвършенстване на мениджмънта на болницата с цел по-добро постигане на маркетинговите цели. Препоръки към маркетинговия план.*

МАТЕРИАЛИ

Документи и справки на електронен и хартиен носител, касещи:

1. изследвания обект МБАЛ „Доверие“ АД в ретроспекция от 2006 до 2012 година, в това число вътреболнична отчетност – показатели и допълнителни показатели за дейността; квалификация и щатно разписание на личния състав; материално-техническа база, финансово-счетоводна отчетност; отчетност към НЗОК; отчетност към РЗИ; Книга за похвали и оплаквания на пациенти, справки от електронизираната система на болницата; Доклад за оценяване на МБАЛ "Доверие" АД, София: Експертна комисия за оценка към Акредитационния съвет на МЗ, 2008 г.; данни за болницата на интернет страницата www.mbal.doverie.bg; публично достъпни данни в интернет, свързани с темата на разработката; статии в специализирани издания; публикации в ежедневници и др.
2. сравнителния (референтен) обект МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД в ретроспекция от 2006 до 2007 г., в това число показатели и допълнителни показатели за дейността; квалификация и щатно разписание на личния състав; материално-техническа база, финансово-счетоводна отчетност; отчетност към НЗОК; справки от електронизираната система на болницата; Доклад за самооценяване на цялостната медицинска дейност на МБАЛ "Свети Иван Рилски", София: Протоколно решение № 3/11.4.2007 на Съвета на директорите на лечебното заведение, 2007 г.; публично достъпни данни за болницата на интернет страницата www.rilski.com; статии в специализирани издания; публикации в ежедневници и др.
3. разискваните в разработката проблеми по литературни данни, публично достъпни данни, материали от обществени форуми, конгреси, конференции, работни срещи и публикации в пресата.

МЕТОДИ

1. Документален метод

Методът обхваща анализи на законодателни, нормативни, официални отчетни документи, анкетни данни или други източници, имащи отношение към третираната проблематика.

2. Метод на сравнителния анализ

Методът обхваща съпоставки на данни, материали и научни разработки, свързани с настоящото проучване.

3. Метод на историческия анализ

Методът включва разкриване на тенденции, насоки и традиции в развитието на теорията и практиката, свързани с прилагане на маркетинговия подход в управлението на една съвременна болница.

4. Метод на теоретико-критичния анализ

Методът включва критичен анализ на съществуващите теоретични постановки по проблемите на маркетинговия подход в управлението на болничните заведения в страната или чужбина.

5. Математико-статистически метод

Методът обхваща използването на математически и статистически похвати за обработка и анализ на използваната информация.

6. Анкетен метод

Методът обхваща събиране на информация чрез анкетна карта по предварително зададени от автора показатели от ръководството на болницата МБАЛ „Доверие” АД, чрез което да се измери обхвата и задълбочеността в прилагането на маркетинговия подход.

7. Графичен метод

Методът използва онагледяване на събраната информация чрез подходящи графики и таблици, с помощта на които могат да бъдат извършени гореспоменатите анализи и съответно направени изводи.

ГЛАВА III

АНАЛИЗИ НА СЪБРАНАТА И ОБОБЩЕНА ИНФОРМАЦИЯ. ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ.

1. Въведение

Като беше дискутирано в Глава I на този труд, разработването на маркетинговия план изисква анализирането на голям обем от данни, свързани основно със състоянието и динамиката на пазара, в който оперира разглежданото лечебно заведение. Подобни данни могат да бъдат вътрешни (собствени) или външни, които на свой ред се делят на публично достъпни (вторични) или по поръчка (първични). Самите данни могат да обхвалят различни измерения от пазара на здравни услуги - от съвкупния реален пазар до конкретен потребителски сегмент, от моментната картина до обемна ретроспекция, от национален мащаб до конкретен регион и т.н. Понятно е, че в този обхват трябва да попаднат и пазарните позиции на конкурентните лечебни заведения, особено за дейности в идентични потребителски сегменти.

Анализите, представени в тази глава могат да бъдат класирани в пет основни групи (съгласно задачи 2 до 5, представени в Глава II) и се извършват в три последователни стъпки:

1. Анализ на собствени данни на разглежданото лечебно заведение МБАЛ „Доверие“ АД, събрани по методиката на анкетно проучване (представени в раздел 2 на тази глава)
2. Анализ на сравнителни данни от проведена съпоставка с друго лечебно заведение по методиката на бенчмаркинга (представени в раздел 3 на тази глава)
3. Анализ на публично достъпни данни за състоянието и динамиката на пазара на здравни услуги в България (представени в раздел 4 на тази глава)

Посоченият подход позволява да бъдат направени заключения по отношение на пазарните позиции и маркетинговите практики на разглежданото лечебно заведение (представени в раздел 4.2 на тази глава). На тази база са предложени насоки за разработване на

маркетингов план (представени в раздел 4.3 на тази глава) за дейността на МБАЛ „Доверие“ АД. Получените резултати се подлагат и на критична оценка в рамките на академично обсъждане (раздел 5 на тази глава).

2. Анализ на резултатите от авторско проучване по предварително зададени в анкетна карта показатели

2.1. Структура и съдържание на анкетната карта

Анкетната карта, която се използва за целите на собственото проучване (виж Приложение IV) е разработена от автора (74) като отражение на концепцията на Е. J. McCarthy (виж и раздел 3.3 на глава I), известна като четирите р – тоест политики, свързани с продукта (**p**roduct), цената (**p**rice), разпространението (**p**lace) и представянето (**p**romotion). Същевременно анкетната карта отчита и гледната точка на потребителя на здравните услуги, дискутирана в последните години като концепцията на четирите с – стойност за потребителя (**s**customer value), разход за потребителя (**s**cost), удобство (**s**convenience) и комуникация (**s**communication). В този смисъл анкетната карта се състои от четири раздела, съответно „Вид здравни услуги”, „Ценообразуване и финансиране”, „Дистрибуция и реализация” и „Промоция и реклама”. Специален подраздел на последния раздел се посвещава на маркетинговия план на болницата.

В първия раздел се търси информация за вида и структурата на здравните услуги, предлагани от болничното заведение, както и оценката на тяхното качество. Подразделът за оценка на управлението на качеството е детайлизиран с презумцията, че качеството представлява неразделна част от самата здравна услуга (тоест продукт) и в този смисъл ключов елемент от самия маркетинг – микс. Интерес представлява и оценката на здравните услуги в динамика – тоест има ли (маркетингови) планове за развитие на вида и обема на услугите и ако да, в какъв времеви хоризонт.

Вторият раздел е посветен на оценката на ценовите политики на болницата. Те могат да бъдат по отношение на финансовите източници (собствени, публични, частни) и тяхната динамика (планиране на нови източници, механизми на тяхното привличане). Друга тема представлява начина на ценообразуване на здравните услуги – каква методика се използва, как цената се възприема от пациента (където е приложимо). Както беше отбелязано в Глава I (виж раздел 3.5 на Глава

I), цената представлява маркетингов интерес, доколкото е свързана с печалбата на болницата, съответно има ли реализация на такава, има ли планове за нейното увеличаване. Не на последно място е подразделът за управление на разходите – какъв е техният настоящ размер, има ли планове за тяхната оптимизация и т.н.

Третият раздел търси оценка за управлението на реализацията (дистрибуцията) на здравните услуги, което се измерва чрез съществуващата инфраструктура и начините на обслужване на пациентопотока (планиране, посрещане, настаняване, изписване, работа на смени и т.н.). Важна тема е достъпността до лечебното заведение за пациента и съответно как се структурира контингента на болницата по местоживееене. Последният подраздел се опитва да оцени подхода на мениджънта към оптимизиране на достъпа (например чрез разкриване на втори медицински център или филиал).

Четвъртият раздел на анкетната карта е посветен на маркетинга, промоцията и рекламата, тоест начините на комуникация с пациентите. Тук особено място заема маркетинговият план – доколко такъв съществува, върху какви пазарни данни е разработен, актуализира ли се периодично и т.н. В случай на липса на маркетингов план анкетата се опитва да измери степента на прилагане на маркетингови похвати в управлението – тоест борави ли се са пазарни данни (ако да – какви, откъде) и съответно има ли идентифицирани неразкрити здравни нужди сред настоящи или потенциални пациенти, спрямо които да се развият и предложат съответни здравни услуги. В отделен подраздел се третира въпроса за промоцията на здравните услуги – какви канали за комуникация се използват към пациентите (медии, директна промоция, печатни материали), доколко се работи със здравните специалисти от доболничната помощ, как се оценява ефективността на промоцията и съответно какъв разход съставлява тя.

2.2. Кратко описание на болницата

МБАЛ „Доверие” АД – София е акционерно дружество, регистрирано през 2005 г. по реда на Търговския закон и Закона за лечебните заведения и е изцяло частна собственост. (75) Лечебното заведение разполага с 111 легла (към 31.12.2010 г. са били 109). Сградата, в която е разположена болницата се намира в кв. „Овча Купел 2” в сграда, собственост на Индустиален холдинг „Доверие” и е строена специално за лечебни заведения. Тя отговаря на изискванията на ЗУТ и

останалите закони и разполага с добри комуникативни връзки. Общата разгъната площ е 8007 кв. м. и е разположена в три корпуса А, Б и В, които са функционално свързани посредством 3 стълбища и 7 асансьори, като два са товарни и единият е отделен за мръсния поток.

На първия етаж на сградата се намира отделението по образна диагностика на МБАЛ и звено по образна диагностика на Медицинския център (МЦ), болничната аптека, отделението по физикална терапия и рехабилитационна медицина (ОФТР) на МБАЛ и структурата на същото към МЦ, регистратурата и информацията на МБАЛ и МЦ, част от кабинетите на МЦ, охрана и спомагателни помещения, като на входа е разположена външна аптека под наем, оптика и кафе под наем.

На втория етаж в корпус В са разположени Гинекологично отделение, Гастроентерологично отделение на МБАЛ и ДКБ (корпус Б), в корпус А е Урологично отделение и зала за екстракорпорална литотрипсия, манипулационна и зала за цистоскопия. Останалата част от това крило е преградено и отдадено под наем на ОПЛ и няма пряка връзка между тези структури на корпус А. В корпус Б са разположени структури на МЦ „Доверие”.

На третия етаж на корпус А са разположени Административно-стопанския блок на МБАЛ и Административно-стопанското звено на МЦ, включващо счетоводство и каса, автоматична телефонна централа, техническа и транспортна служба. На този етаж са разположени Хирургично отделение, Вътрешно отделение и Неврологично отделение на МБАЛ.

На четвъртия етаж е разположен операционен блок на МБАЛ и Отделението по анестезиология и интензивно лечение.

В сутерена са разположени радиационно укритие, склад и архивите на МБАЛ и МЦ (корпус А), сектор по парафинотерапия на ОФТР и кабинета по ЛФК, технически помещение (корпус Б), Клиничната лаборатория и микробиологичната лаборатория на МБАЛ и МЦ, патохистологичната лаборатория, централна стерилизация, помещения на техническа служба (корпус В).

В сутерена е разположен и спа център, отдаден под наем извън структурите на МБАЛ и МЦ.

Всички структури на МБАЛ „Доверие“ АД са осигурени с централно водоснабдяване и централно парно отопление. Допълнително са подsigурени контейнери за вода с хидрофорна система.

Електроснабдяването е от Електроразпределение София, като допълнително е монтиран работещ генератор (155 кВт), захранващ рисковите отделения при спиране на тока. Всички подови и стенни покрития позволяват влажно почистване и дезинфекция. Налице е централна климатична инсталация, инсталация за медицински газове и вакуум инсталация.

Сградата разполага с голям паркинг с паркоместа за пациенти, отделен служебен паркинг, естакада и платформа за инвалиди.

2.3. Анализ на информацията по анкетната карта

Информацията от анкетната карта е дадена в приложение IV. Анкетата беше проведена с директора на болницата, главната сестра, главния счетоводител и ръководителите на по-големите отделения. Част от информацията беше предоставена в готов вид (например описанието на материално-техническата база). За удобство, посочените в глава II анализи се извършат по разделите на картата, която включва събирането на информация за материално-техническа база, финансови и човешки ресурси и т.н.

2.3.1. Ограничителни условия на анкетата

Едно от важните ограничителни условия при провеждането на анкетата беше свързано с наличната информация. Анкетираните служители на болницата предоставиха по-голямата част от исканата информация, но във вид и формат, който обслужва други цели. Поради тази причина много от разделите на анкетата бяха попълнени само частично. Пълната липса на информация по някои от разделите на анкетата (например маркетингов план) беше друго важно условие, което се отрази на качеството на събраните данни. Не на последно място роля изигра и времевия период, който обхваща настоящия анализ. По-голямата част от информацията обхваща годините 2006 – 2011 г, но според спецификата си някои данни са отнесени за по-кратки периоди, например само за 1 една година. Самата анкета е финализирана в началото на 2012 г.

2.3.2. Анализ на раздел I на анкетната карта: „Здравни услуги”

2.3.2.1. Вид на предлаганите здравни услуги

Болницата залага на професионализма и високата квалификация на здравните специалисти, като се опитва да развие тези услуги, които са

сравнително по – малко ресурсоемки, не водят до продължителна хоспитализация и не натрупват големи разходи. В този смисъл обхвата на услугите (болничното портфолио) е фокусирано предимно върху хирургични специалности, като се опитва да посрещне относително най-често срещаните здравни потребности. От хирургията това са лапароскопските намеси с кратък следоперативен престой (под 3 дни) и финансирани от НЗОК. По подобен начин се подхожда към гинекологичния контингент, където акцентът пада по-скоро върху планови гинекологични операции или манипулации, а не върху родилната помощ (за последното трябва допълнително да се развие неонаталогичен сектор, какъвто в момента няма). Терапевтичният сектор е относително слабо представен с общо две отделения. От терапевтичните дисциплини са застъпени относително най-често търсените – кардиология, неврология, гастроентерология. Като естествено допълнение към дисциплините с активно лечение се добавя и отделението по физикална терапия и рехабилитационна медицина (без легла), което предлага възможности за долекуване без излишно оскъпяване с болничен престой. Освен болнични услуги МБАЛ „Доверие” АД предлага и амбулаторни такива чрез интегриран към базата медицински център. Диагностичната апаратура в кабинетите на центъра се използва както за болничния контингент, така и за извънболничния. В структурата на болничните услуги заемат място и такива, които се заплащат директно от пациентите и представляват по същността си вид „бутикови” – тоест търсени от определен потребителски сегмент и относително скъпи – пластично-възстановителна хирургия и козметична хирургия. По подобен начин се отнасят и предлаганите услуги в сферата на физикалната и рехабилитационна медицина, която може да обслужва и здрави хора, търсещи услуги тип „спа” (общо 7 кабинета, оборудвани за различни видове процедури). Добре развит е диагностичният сектор по образна диагностика с практически всички модерни образни методи (ехография с доплер, компютър-аксиална томография и ядрено – магнитен резонанс), което позволява оказване и само на такъв вид услуги, без връзка с другите дейности.

Прави впечатление липсата на някои сектори в здравната помощ – например детски болести, които са представени само от амбулаторен кабинет. Също така няма кабинет или отделение по очни болести, което

в съвременната медицина представлява доста атрактивен сектор от гледна точка на търсене и финансиране. Терапевтичните (неинвазивни) дисциплини също не заемат значителен дял в дейността на болницата, като основните услуги се предоставят в областта на гастроентерологията.

Лечебният цикъл в МБАЛ „Доверие” АД на практика е напълно затворен – единствените услуги, които се предлагат чрез подизпълнител са за молекулярна, имунологична и нуклеарна диагностика и паразитология, което се търси относително рядко и не оправдава развитие на собствен ресурс.

МБАЛ „Доверие“ изпълнява към момента (2012 г.) общо 78 клинични пътеки (Приложение II), заплащани от НЗОК, в специалностите „хирургия“ (21), „гинекология“ (10), „урология“ (12), „гастроентерология“ (11), „ортопедия и травматология“ (12), „неврология“ (6) „кардиология“ (3) и „нефрология“ (3). Самото разпределение вече подсказва, че акцентът в дейността на болницата попада върху интервенционалните дисциплини (виж по-нататък).

От посочения възможен обхват на предлагани здравни услуги липсва един доста голям сектор – за долекуване и продължително лечение, което заема в структурата на националната заболяемост съществен дял, но за момента няма адекватно публично или държавно финансиране. Също така болницата не предлага профилактични прегледи, оценка на трудоспособността и прегледи по трудова медицина.

2.3.2.1.1. Основни показатели на дейността

МБАЛ „Доверие” АД следи всички показатели на дейността – общ брой леглодни, оборот и използваемост на леглата, брой преминали болни, съответно изписани и починали болни, както и среден престой на един болен. Тази информация е предоставена общо за болницата и по отделения.

Таблица 3 дава нагледна представа за показателите на дейността в динамика през последните 6 години.

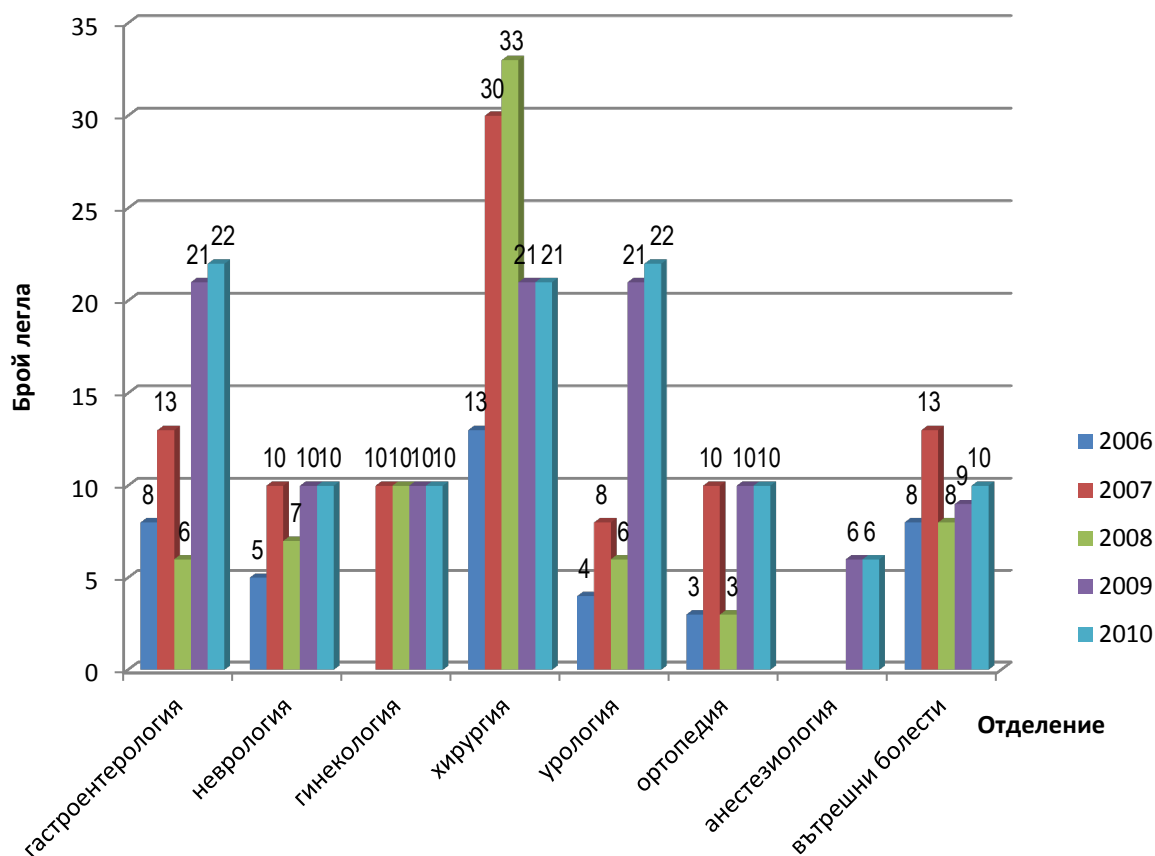
**Таблица 3: Показатели на дейността на МБАЛ „Доверие“ АД
(2006 – 2011 г.)**

Период	Легла (средногодишен брой)	Постъпили болни	Изписани болни	Умрели	Преминали болни	Проведени леглодни	Използваемост на леглата (%)	Оборот на леглата	Ср. престой на 1 лекуван болен	Леталитет (%)
2006	31	3245	3242	3	3245	5931	52	104,68	1,83	0,09
2007	59	6665	6534	9	6667	14596	67,59	113,00	2,19	0,14
2008	83	8927	8916	12	8928	20805	68,30	107,57	2,33	0,13
2009	109	8710	8692	18	8710	23420	58,71	79,91	2,69	0,21
2010	100	7504	7497	7	7504	19751	59,18	75,04	2,63	0,09
2011	96	7533	7527	6	7533	18132	58,11	81	2,41	0,08

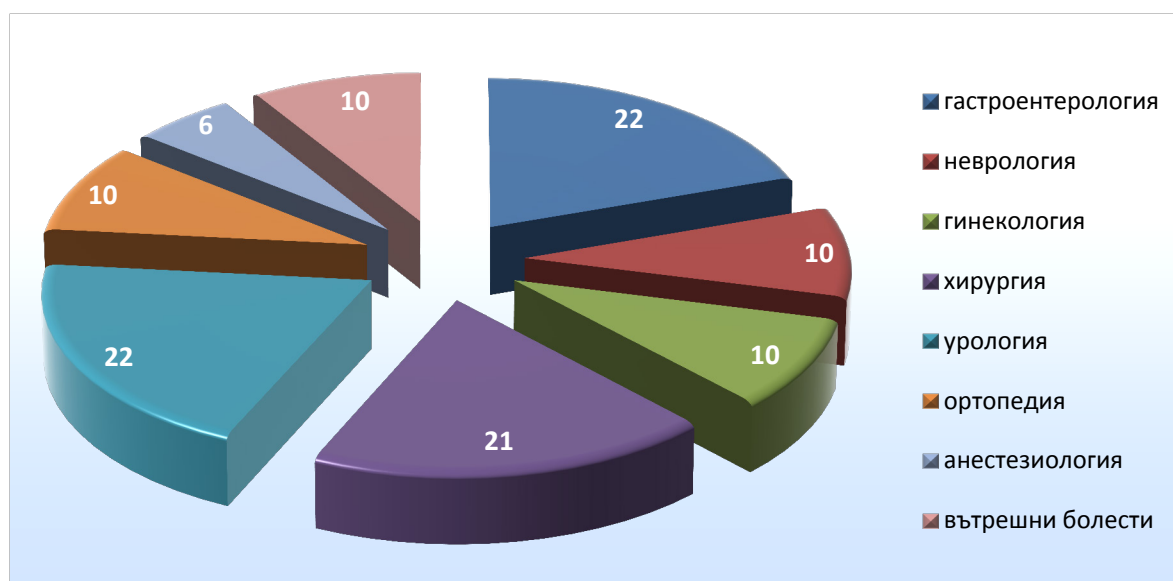
От Таблица 3 се вижда, че през периода легловата база постоянно нараства (до 111 легла през 2012 г.), което не кореспондира с броя на преминалите болни – те са най-много през 2008 година, докато през последните две години се задържат на едно и също ниво. Прави впечатление относително ниската използваемост на леглата, която в динамика даже намалява от 2009 година нататък. Същевременно средният престой в болницата е относително кратък и остава стабилен за периода. Съчетанието на постоянни за целия 6 годишен период средна използваемост на леглата, кратък престой и нисък леталитет (под 1%) показва, че политиката на болницата е насочена като цяло към обслужване на по-лек контингент пациенти.

Посочените показатели могат да бъдат представени в разбивка по отделения с помощта на Графики 2 и 3.

Графика 2: Разпределение на леглата в МБАЛ „Доверие“ АД по отделения (2006 – 2010 г.)

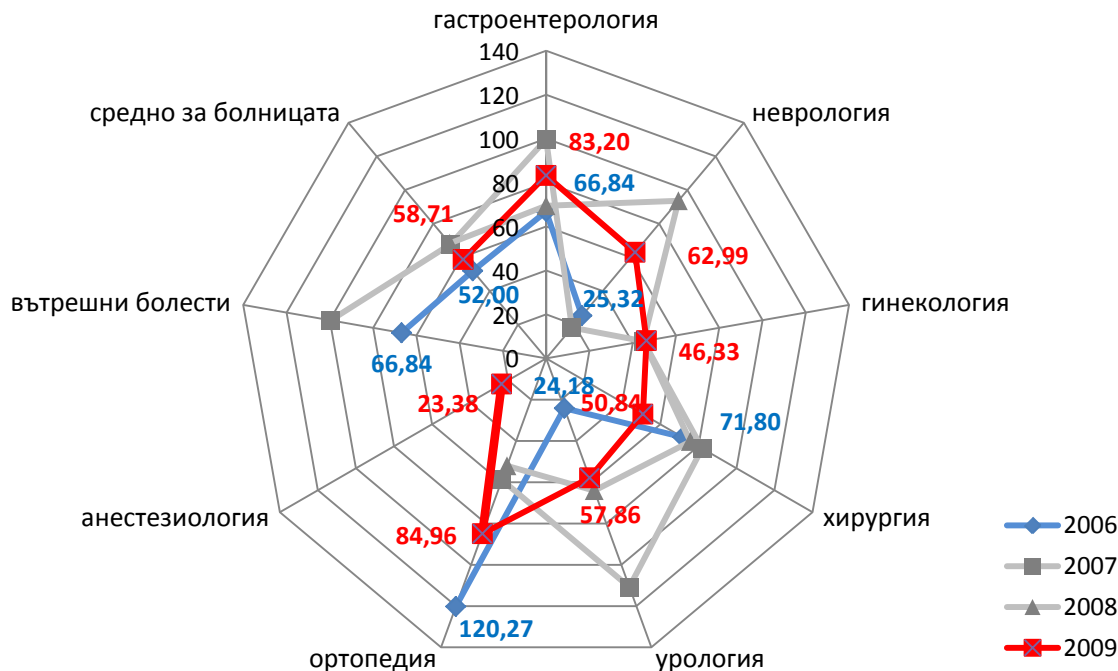


Графика 3: Разпределение на леглата в МБАЛ „Доверие“ АД по отделения (2011 г.)



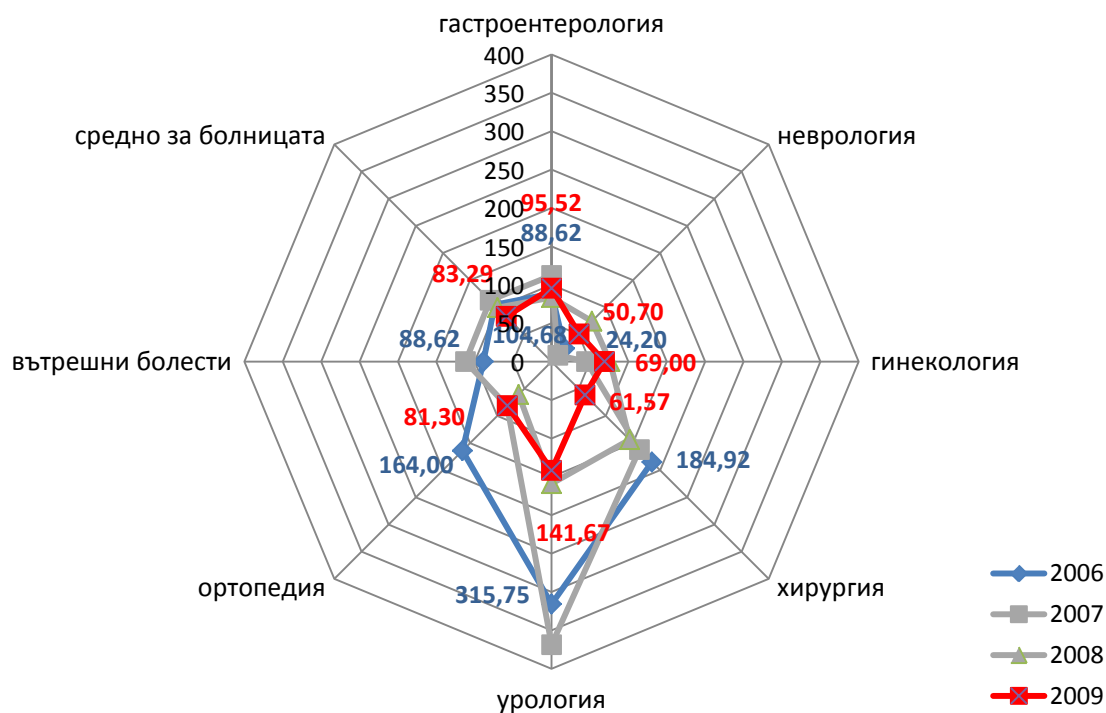
От Графики 2 и 3 се вижда, че през последните 6 години основно се е увеличавала легловата база на гастроентерологичното звено (понастоящем 19 % от общата), следвано от урологичното (19 %) и хирургичното (18,9 %). В резултат на преобразувания през 2007 нараства броя на гастроентерологичните легла за сметка на отделението по вътрешни болести. Аналогично през 2009 година се преразпределят легла между хирургията, урологията и гастроентерологията, с което се слага началото на по-сериозното развитие на урологичната материална база. Неинвазивните дисциплини – неврология и вътрешни болести, задържат леглата си на същото равнище. По отношение на използваемостта на посочената леглова база могат се представят следните данни (виж Графика 4).

Графика 4: Използваемост на леглата в процентно изражение в МБАЛ „Доверие“ АД средно и по отделения (2006-2009 г.)



От Графика 4 се вижда, че има отделения, които имат относително по-малка използваемост на леглата на фона на други, които успяват да оптимизират легловата си база. За нагледност използваемостта средно за болницата и по отделения в началото и края на периода са означени и цифрово (съответно за 2006 в син цвят и 2009 г. в червен). Общо за целия период използваемостта се движи около 60 %. Прави впечатление отделението по гинекология, което поддържа постоянно ниска използваемостта си за периода (под 50 %) , въпреки че легловата му база е малка (10 легла). Същевременно и добре развитите интервенционални дисциплини като урология и хирургия не успяват да уплътнят легловата си заетост, като на този фон урологията нараства близо четири пъти в броя на леглата през периода. Гастроентерологията показва много добра използваемост (за 2008 близо до 100те %). Дисциплината ортопедия, както личи се представя много добре на фона на нарасналия брой легла (от 3 на 10). Ниската използваемост на традиционно скъпите реанимационни легла подсказва, че броят на реанимационните пациенти е малък и може би трябва да се оптимизира чрез по-висок леглооборот или реструктуриране. По аналогичен начин на Графика 5 се представя леглооборотът средно за болницата и по отделения за същия период.

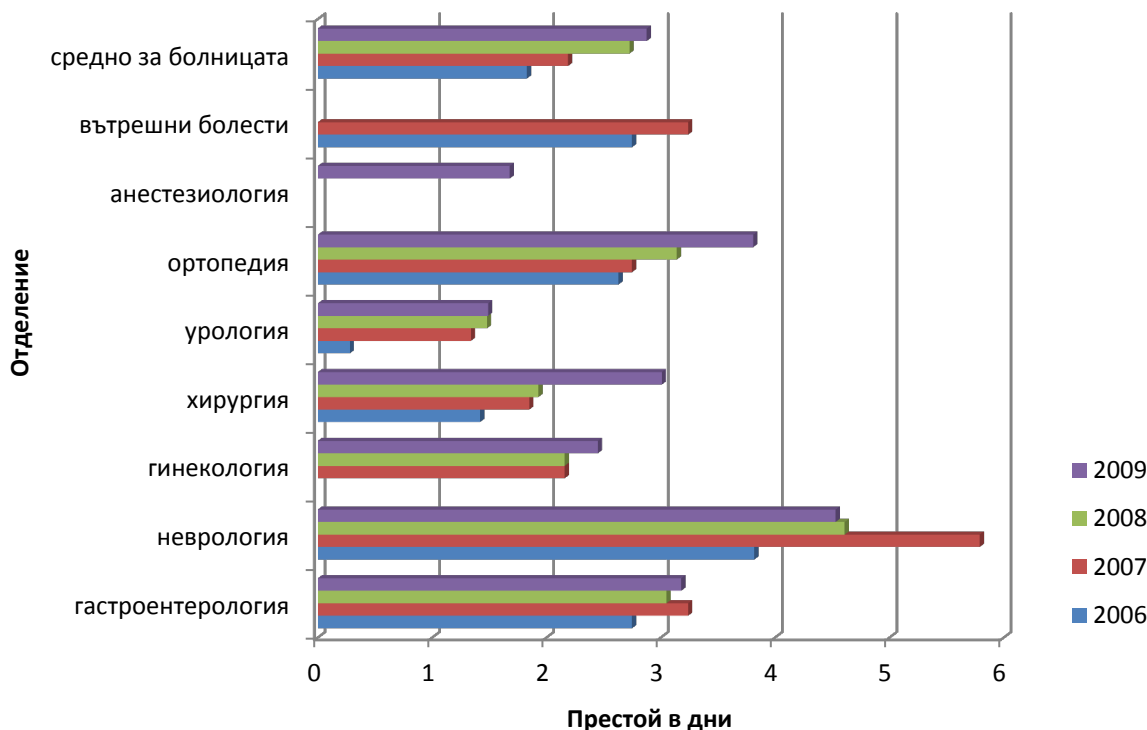
**Графика 5: Оборот на леглата на МБАЛ „Доверие“ АД
средно и по отделения (2006-2009 г.)**



Както се вижда на Графика 5 (цветовите и цифрови означения са аналогични с тези на графика 4), кривата на леглооборота е силно „изтеглена“ към урологичния сектор с рекордните 368,69 пациента през 2007 г, следвана от хирургия с 184,82 през 2006 г. В края на периода обаче всичките отделения реализират спад под 100 пациента за една година, което гравитира около средната за болницата стойност (83,29 пациента на легло през 2009 г).

Като цяло средната използваемост на леглата за 2006 – 2009 г. е относително ниска. Причините мога да се търсят в сравнително краткия среден престой на болните, който очевидно не може да се компенсира с по-висок оборот (виж Графика 6).

**Графика 6: Среден престой на пациент в МБАЛ „Доверие“ АД
средно за болницата и по отделения (2006-2009 г.)**

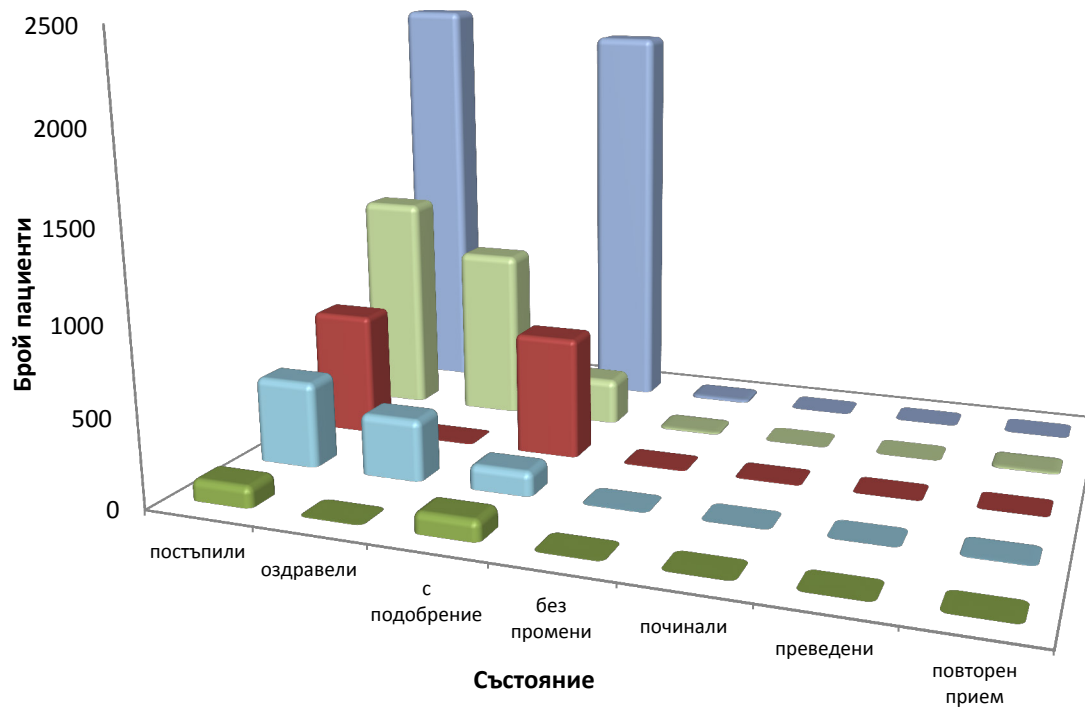


Както се вижда на Графика 6, средният престой в болницата варира за периода между два и три дни, като единствено неврологично отделение прави изключение. Стабилността на показателя в целия период на наблюдение показва, че пациентският контингент на болницата като цяло не се нуждае от по-дълъг престой, което подсказва ориентация към относително по-лека патология във всяка една клинична дисциплина.

2.3.2.1.2. Допълнителни показатели за дейността и специфични показатели за хирургичната дейност

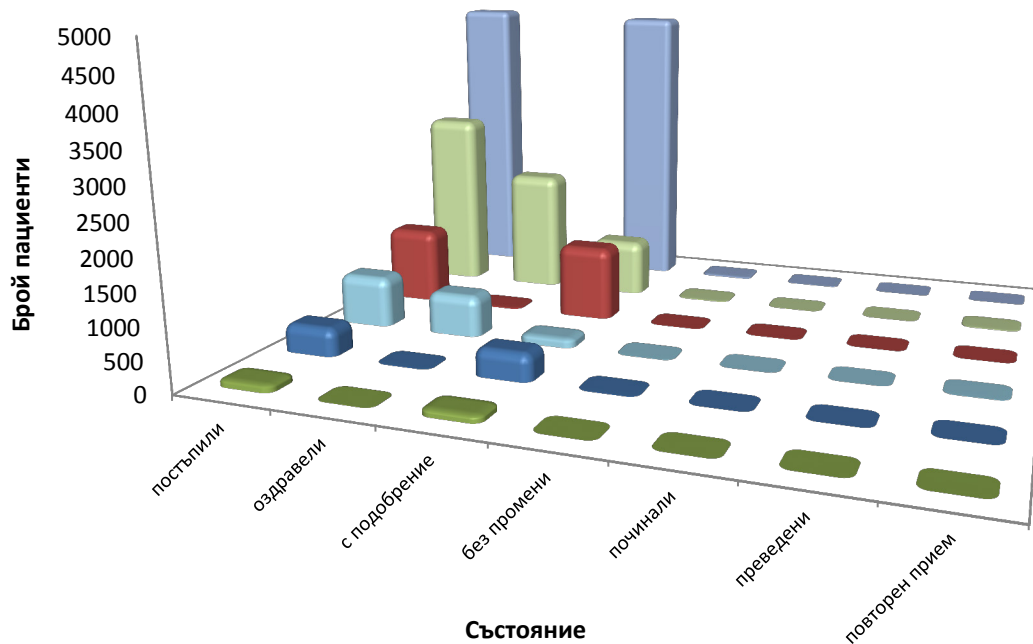
Допълнителните показатели за дейността – брой постъпили, брой изписани оздравели, с подобрение, без промяна, починали, преведени и повторни приети, са представени на Графиките 7, 8, 9, и 10, съответно за годините 2006, 2007, 2008 и 2009та.

**Графика 7: Допълнителни показатели на дейността на
МБАЛ „Доверие“ АД (2006 г.)**



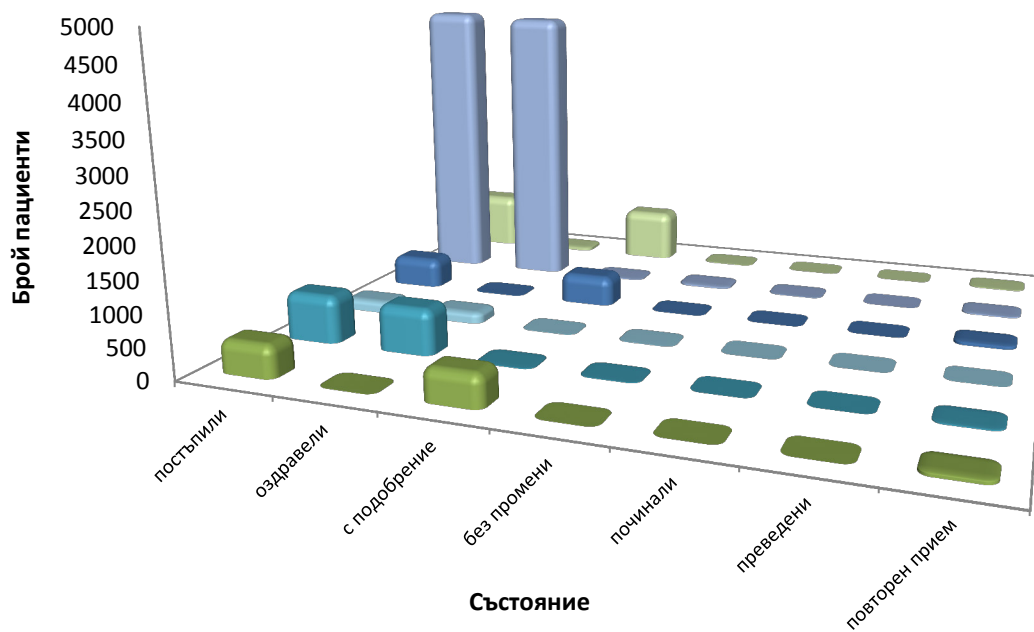
	постъпили	оздравели	с подобрене	без промени	починали	преведени	повторен прием
■ неврология	121	2	118	1	0	0	0
■ ортопедия	492	352	139	1	0	0	2
■ вътрешни болести	709	3	697	3	3	0	0
■ урология	1263	985	265	13	0	0	12
■ хирургия	2404	115	2271	18	0	0	0

**Графика 8: Допълнителни показатели на дейността на
МБАЛ „Доверие“ АД (2007 г.)**



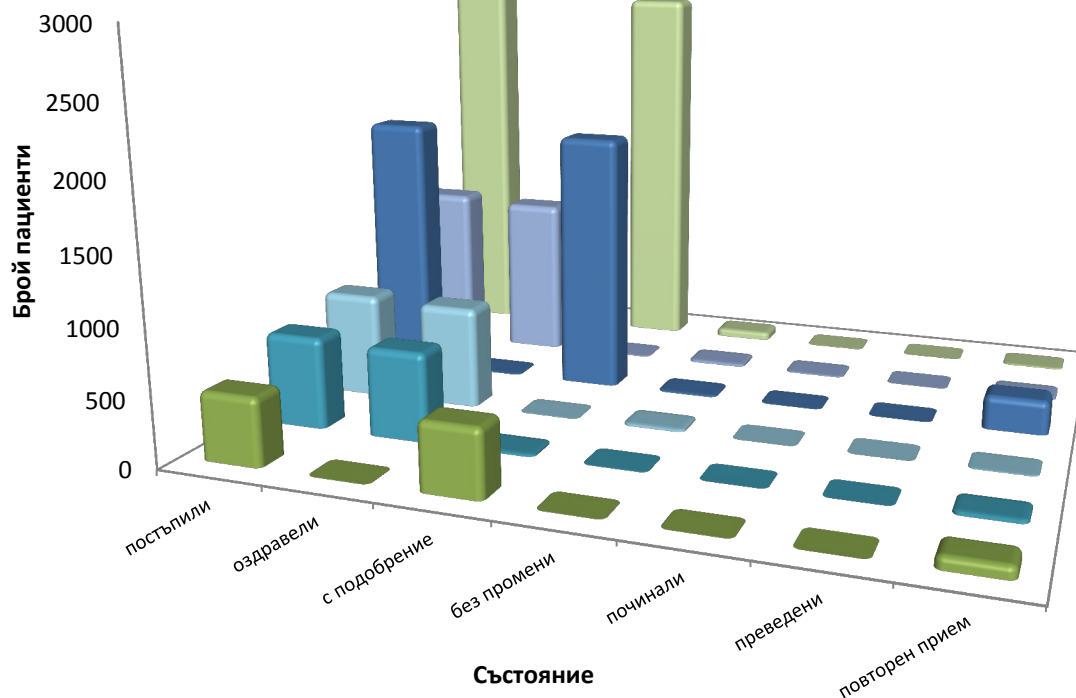
	постъпили	оздравели	с подобрене	без промени	починали	преведени	повтарен прием
■ неврология	115	2	112	0	1	0	0
■ гинекология	455	7	442	6	0	0	0
■ ортопедия	819	672	145	2	0	0	5
■ вътрешни болести	1229	21	1204	4	4	0	0
■ урология	2950	2008	927	14	1	0	15
■ хирургия	4861	57	4774	27	4	0	0

**Графика 9: Допълнителни показатели на дейността на
МБАЛ „Доверие“ АД (2008 г.)**



	постъпили	оздравели	с подобрене	без промени	починали	преведени	повторен прием
■ неврология	520	2	515	3	0	0	70
■ гинекология	761	732	15	10	1	0	25
■ ортопедия	182	176	1	5	0	0	1
■ гастроентерология	497	5	492	2	0	0	64
■ хирургия	4739	4673	20	39	10	0	26
■ урология	954	66	878	10	0	0	16

Графика 10: Допълнителни показатели на дейността на МБАЛ „Доверие“ АД (2009 г.)



	постъпили	оздравели	с подобрене	без промени	починали	преведени	повторен прием
■ неврология	507	1	503	1	1	0	90
■ гинекология	687	664	20	3	0	0	28
■ ортопедия	787	765	2	20	0	0	6
■ гастроентерология	2000	9	1974	15	3	0	258
■ хирургия	1276	1237	6	21	9	1	19
■ урология	2973	9	2926	62	1	0	10

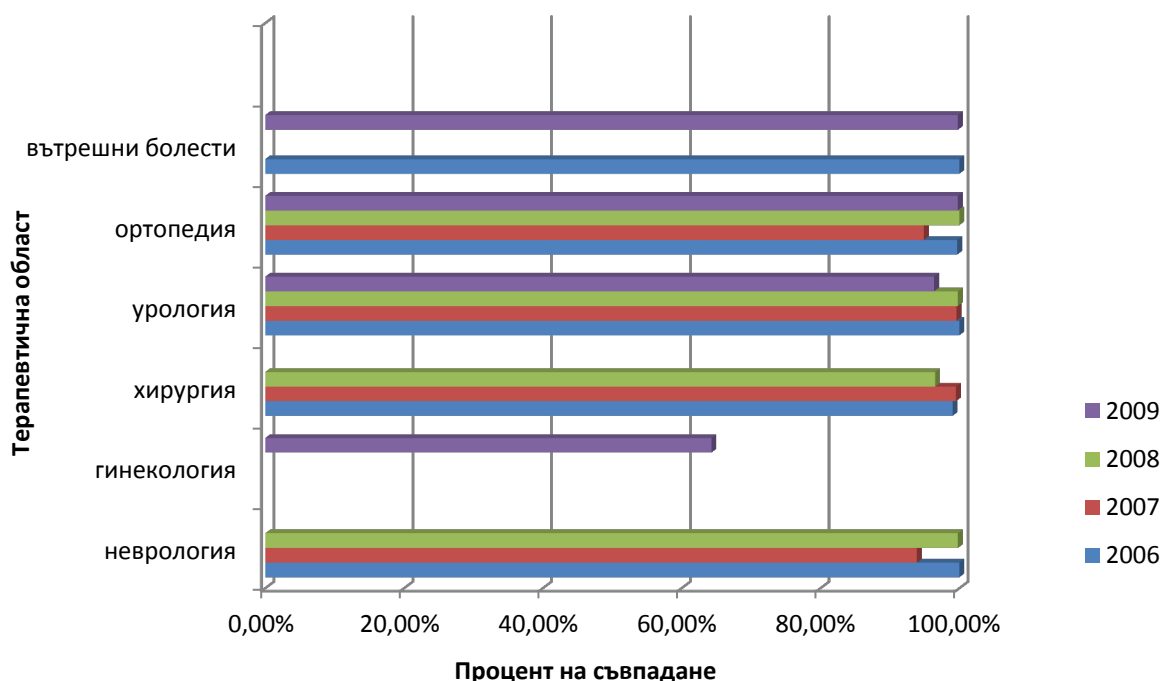
От Графики 7 - 10 проличава, че като цяло делът на пациентите, които са изписани без промяна в състоянието, е малък. Характерно е, че при чисто хирургичните специалности (гинекология, хирургия, урология, травматология) пациентите са били изписани оздравели (през 2006 и 2007 год. за същите специалности преобладават тези с подобрене, което по-скоро е проблем в отчетността) – тоест хирургичната намеса е решила здравния им проблем. Обратно – при неинвазивните специалности (гастроентерология, неврология) преобладаващата част от пациентите е напуснала лечебното заведение с подобрене, което се

обяснява с хроничния характер на тяхното състояние. Прави впечатление сериозното покачване на континента от пациенти в гастроентерологията и урологията, което може да се обясни с интереса към предлаганите мининвазивни методи и разполагаемата модерна апаратура. Обратно – през 2009 г. броят на постъпилите хирургично и травматологично болни доста намалява. Данните следва да се интерпретират на фона на една много ниска смъртност за всяко едно отделение, малък брой болни, преведени в други заведения и относително малко на брой болни, приети за втори път от хирургичните специалности.

От динамиката на допълнителните показатели за дейността може да се заключи, че болницата поддържа устойчиво във времето качество на здравните услуги в анализиранията отделения с много нисък леталитет и преобладаващ дял пациенти, изписани с подобрене или оздравели. Интерес представляват причините за рязко намалелия брой хирургично и травматологично болни, които не могат да се посочат на само на база тези данни.

Част от отделенията са предоставили и съвпадение на предварителната с окончателната диагноза (показано на Графика 11).

Графика 11: Съвпадение на предварителна с окончателна диагноза по отделения (2006-2009 г.) в МБАЛ „Доверие“ АД



Посочените данни кореспондират с общата тенденция в показателите – високият процент на съвпадаемост на първоначалната с окончателната диагноза подсказва високо качество на здравните услуги, особено при хирургичните дисциплини, в които често има и хистологично потвърждение.

Като оперативна активност са предоставени данни за периода 2006 - 2009 г. по отделения (съгласно Таблица 4).

**Таблица 4: Оперативна активност в МБАЛ „Доверие“ АД
(2006 – 2009 г.)**

Отделение	Година	Брой операции	Предоперат. престой	Следоперат. престой	Операт. активност %
Хирургично отделение	2006	1 242	0,12	2,22	51,66
	2007	2 606	0,03	2,40	58,57
	2008	4 331	0	1,9	91,27
	2009	1 126	0,1	2,8	87,08
Гинекологично отделение	2007	412	0,03	2,01	100
	2008	712	0	2,1	93,56
	2009	651	0	2,5	94,35
Урология	2008	877	0	1,4	91,93
	2009	2 826	0	2,0	94,99
Ортопедия	2008	175	0	3,2	96,15
	2009	756	0,1	3,9	92,99
ГЕО	2008	217	0,7	2,4	43,4
	2009	1 181	0,8	2,4	58,87
Общо МБАЛ Доверие	2006	1 242	0,12	2,22	51,66
	2007	3 018	0,06	4,41	62,09
	2008	6 653	0,1	1,9	74,51
	2009	6 540	0,3	2,6	74,30

Общо за болницата, както е демонстрирано и на Таблица 4, нараства прогресивно броят на извършените операции, като през 2009 година са извършени 6 пъти повече, отколкото в началото на периода. Увеличението идва основно от отделенията по гастроентерология (5

пъти увеличение за периода), ортопедия (7 пъти) и урология (4 пъти). Хирургията задържа в началото и края на периода аналогичен обем дейност, а през 2008 година реализира 4-кратно увеличение. С най-висока оперативна активност през целия период остават отделенията по урология, ортопедия и гинекология. Както и в други показатели, тук се демонстрира кратък предоперативен (под един ден) и следоперативен престой (под 3 до 4 дни), което подсказва оперативна насоченост основно към малки и средни операции.

Горното заключение се подкрепя и от данните по сложност на операциите (представени на Таблица 5 за 2009 г.).

Таблица 5: Сложност на операциите в хирургичните отделения на МБАЛ „Доверие“ АД (2009 г.)

Отделение	Преминали болни	Общо оперирани	В т.ч. по сложност	Среден престой	Предоп. ср. престой	Постопер. леталитет	Много голяма операция	Голяма операция	Средна операция	Малка операция
Отделение по хирургия	1293	1124	223	3	0.1	5	37	294	671	227
Сектор по обща хирургия	1287	1118	223	3	0.1	5	37	291	668	227
Сектор УНГ	2	2	0	2	1	0	0	0	2	0
Сектор изгаряния и пластично-възстановителна хирургия	4	4	0	2	0	0	0	3	1	0
Отделение по гинекология	90	651	137	2.5	0	0	138	97	461	1
Отделение по урология	2975	1060	60	1.5	0	1	20	38	605	408
Сектор по екстракорпорална литотрипсия	1559	18	0	1.2	0	0	1	2	15	0
Сектор по трансуретрална резекция	244	158	4	3.2	0.1	1	11	23	129	1
Сектор по андрология	275	266	4	2.1	0	0	1	8	258	0
Отделение По гео	2006	1181	42	3.2	0.8	0	1	4	1147	80
Отделение по ортопедия и травматология	813	756	72	3.8	0.1	0	48	280	380	48

От Таблица 5 се вижда, че относително най-голям обем хирургични дейности има отделението по гастроентерология, следвано от хирургия, урология и ортопедия. В гастроентерологията основните манипулации са свързани с фиброскопски намеси при заболявания на

гастроинтестиналният тракт при един очевидно добре използван капацитет. В хирургията преобладават средните по сложност операции, които са близо три пъти повече от големите и малките. Малко на брой са много големите операции, което означава, че болницата не ангажира ресурси в тази посока. Прави впечатление, че пластично – възстановителната хирургия е слабо застъпена. В урологията също така преобладават средните по сложност оперативни интервенции, докато големите и много големите са малко. С доста голяма относителна тежест са пациентите, ползващи услугата „екстракорпорална литотрипсия” - половината от всички преминали през отделението. Относително малко на брой са болните, подложени на трансуретрална резекция, което дава основания да се търси за в бъдеще увеличаване на дейността в този сегмент. Отделението по травматология и ортопедия също така се занимава предимно със средни по сложност операции, основно намеси на долен и горен крайник. Смяната на тазобедрена и колянна става не е много добре застъпена (едва 31 случая за 2009 г.), което подсказва възможно развитие в тази посока. Травматологичните операции липсват напълно. Сектор Уши-нос-гърло (УНГ) на практика има много ограничена оперативна активност, което поставя въпроса доколко не е уместно да се закрие и ресурсът да се пренасочи в друга посока.

2.3.2.1.3. Дейност на отделението по физикална и рехабилитационна медицина (без легла)

Отделението се състои от:

- Сектор за електро- и светлотерапия;
- Сектор по кинезитерапия с отделни помещения за активна кинезитерапия (салон за ЛФК), с възможности за механотерапия, пули- и суспенсотерапия, екстензионна терапия, масажен сектор – кабинет. Секторът е оборудван с шведска стена, огледала, постелки, кече; приспособления за суспенсо- и пулитерапия, уреди за механотерапия, уреди за трениране на фини движения, раздвижване на стави, пособия и уреди за екстензионна терапия и апарата «Екстензиовибратор», тренировъчни уреди и приспособления - тояжки, гирички, топки, еспандери; помощни средства за позиционно лечение и за придвижване - стол-количка, три/четири

опорни проходилки, канадки, патерици; приспособления за трениране на дейностите от ежедневния живот;

- Термотерапевтичен кабинет с 2 кабинета, оборудван с топлоносител (парафин) и крионосител (лед) и с апаратура за поддържане на необходимата температура.

Предоставени са данни за дейността на отделението за 2006 и 2007 г. съгласно Таблица 6

Таблица 6: Дейности на отделението по физикална и рехабилитационна медицина на МБАЛ „Доверие“ АД (2006-2007 г.)

Извършени процедури	2006	2007
Светлолечение	74	91
Електролечение	1 434	2 245
Масаж	2 154	2 200
ЛФК	2 187	2 488
Термотерапия	74	202
Всичко	5 923	7 044

От данните на Таблица 6 се вижда, че отделението съумява да предостави рехабилитационни услуги, независимо от липсата на финансиране по клинични пътеки, при това с тренд за нарастване във времето. Прави впечатление сравнително малкият обем на светлолечението и термотерапията, което поставя въпросът доколко се оправдава наличието на отделни сектори със съответната материална база.

Дейността на отделението добре се вписва и в евентуална концепцията за развитие на допълнителни услуги в сферата на долекуването и продължителната терапия.

2.3.2.1.4. Дейност на параклиничните звена

От параклиничните звена е предоставена информация за дейността на отделението по образна диагностика, клиничната лаборатория, лабораторията по патология и микробиология за периода 2006 - 2009 г. Таблица 7 дава представа за дейността по образна диагностика:

**Таблица 7: Дейност на отделението по образна диагностика
на МБАЛ „Доверие“ АД (2006-2009 г.)**

Видове изследвания	2006	2007	2008	2009
Рентгенография на бял дроб	217	1 207	1 210	2 580
Рентгеноскопия на бял дроб	2	21	0	0
Рентгеноскопии други	2	21	0	0
Рентгенографии други	242	1 602	2 207	1 857
КТ на глава	20	14	113	90
КТ на торакс	0	7	84	87
КТ на абдомен	10	61	240	275
Ехография на млечна жлеза	1	0	0	5
Ехография на коремни органи	4	253	267	338
Ехография на малък таз	0	2	68	188

От представените на Таблица 7 данни личи, че ехографиите заемат относително малка част от общия брой изследвания, което дава повод за допълнителни анализи. С водещо значение (но и на практика без алтернатива) е конвенционалната рентгенография. В края на периода броят на тези изследвания нараства в десеткратен размер спрямо началото. Сравнително малък дял дял от образните изследвания заема скъпата компютър-аксиалната томография, използвана основно за абдоминална диагностика, което поставя въпросът за нейната рентабилност.

Клиничната лаборатория предоставя информация съобразно Таблица 8:

**Таблица 8: Дейности на клиничната лаборатория на
МБАЛ „Доверие“ АД (2006-2009 г.)**

Проведени анализи по години	2006	2007	2008	2009
Хематология, коагулация	2 572	18 536	4 577	44 067
Биохимия	3 899	25 200	9 308	76 787
Урини	2 768	20 789	12 352	49 490
Хормони	5	51	34	4661
Туморни маркери	4	45	36	738
Други	0	0	2	124
Общ брой на анализите	9 248	64 621	30 096	177 867

На Таблица 8 прави впечатление, че общият брой анализи е нараснал почти 6-кратно за периода. Преобладават стандартните изследвания (хематология, биохимия), докато по-скъпите като туморни маркери не се търсят често, вероятно поради факта, че болницата не предлага специализирана онкологична помощ, което поставя въпроса доколко е рентабилно подържането на такава услуга. Общият брой на всички изследвания нараства устойчиво във времето с внушителния 20-кратен размер.

Лабораторията по патология и цитопатология предоставя за двегодишен период данни по параметри, представени на Таблица 9.

Таблица 9: Дейности на лабораторията по патология и цитопатология на МБАЛ „Доверие“ АД (2008-2009 г.)

Проведени анализи по години	2008	2009
Хистологични	5 400	9 236
Цитологични	3 318	1 216
Направени биопсии	5 400	9 236
В т.ч. на оперативен материал	3 612	6 842
Общ брой изследвания	8 718	10 452

Общият брой патологични и цитологични изследвания (съгласно таблица 9) корелира с хирургичната активност на болницата, което подсказва постоянен стремеж към потвърждаване на диагнозата и към оказване на завършена здравна услуга. Броят на цитологичните изследвания спада на фона на всички останали, и не заема съществен дял в общия брой, което дава повод за размисъл.

По отношение на аспекта „качество на дейността“ лабораторията предоставя данни за 2008 г. (виж Таблица 10).

Таблица 10: Показатели за качество на лабораторията по патология и цитопатология на МБАЛ „Доверие“ АД (2008 г.)

Вид на материала	Брой биопсии	Брой пълни съвпадения	% пълни съвпадения
Хирургичен	624	593	95
Урологичен	52	48	93
Гинекологичен	412	384	93
Гастроентерологичен	636	611	96
Ортопедичен	11	10	98

В унисон с данните за съвпадаемост на диагнозата по отделения, цитирани в раздел 0 на същата глава), Таблица 10 демонстрира високото качество в работата на патологоанатомичното звено.

Лабораторията по микробиология предоставя за дейността си данни за 2006 – 2007 г., показани на Таблица 11.

Таблица 11: Дейности на лабораторията по микробиология на МБАЛ „Доверие“ АД (2006-2007 г.)

Вид изследвания	2006	2007
Гърло	2	1
Нос	1	33
Урина – жени	82	115
Урина – мъже	42	49
Фецес	2	4
Влагалищен секрет	0	4
Еякулат	0	4
Раневи секрет	20	27
Храчка	3	0
Пунктат	14	11
Хемокултура	0	9
Други	2	4
Общо	171	163

Прави впечатление относително малкият обем изследвания за периода, който през втората година даже намалява. Това може да се интерпретира като липса на проблем с вътреболничните инфекции (по данни на болницата те са под 1 % от референтните стойности за всяко отделение освен реанимационното, където съставляват 8 %), което корелира с по-леката патология на пациентския континент. Същевременно обаче възниква въпросът за пълноценното натоварване на разполагаемия ресурс.

2.3.2.1.5. Материално-техническа обезпеченост (диагностична апаратура)

От предоставената справка личи, че болницата има модерно обзаведено отделение по образна медицина с на практика всички съвременни диагностични апарати (КАТ, ЯМР). Доста сериозен дял в оборудването на хирургичните отделения (хирургия, урология, ортопедия, гинекология) заемат апаратите и инструментите за миниинвазивни изследвания и манипулации (фиброгастроскопи, артроскопи, ендоскопи). От хирургичното оборудване акцентът пада върху инструменти за по-атравматична работа (ултразвуков скалпел, биполарен резектор и пр.). Като цяло оборудването е ново, купувано основно през 2007 - 2008 г.

2.3.2.1.6. Развитие на здравните услуги

МБАЛ „Доверие” АД планира развитието на здравните си услуги за период от три години. Ключова цел в плана е разширяване на пазарния дял на предлаганите здравни услуги чрез максимизиране на вече утвърдените дейности и търсене на пътища за разширяване на по-слабо рентабилните. Липсва информация за тактическите стъпки в това развитие (кои здравни услуги, очаквани приходи, размер на инвестицията и т.н.). Важен акцент в развитието се залага върху модерната медицина и възможно най-високото качество, съответстващи на състоянието и потребностите на пациентите.

2.3.2.2. Качество на предлаганите услуги

Качеството на оказваните услуги, което е и приоритет в политиката на болницата, се следи от изпълнителния директор по отношение на следните показатели: медицинската дейност; **своевременността** на оказаната медицинска дейност; **достъпа** до медицинска помощ;

показатели във връзка с **оперативната дейност** (предоперативен престой; оперативна активност; среден престой на оперираните болни; брой оперирани болни, получили усложнения, реоперации, леталитет). На всеки три месеца Медицинският съвет на болницата прави редовни заседания, посветени на тази тема. Въведени са и 9 медицински стандарта.

Прави впечатление, че болницата не разполага с единна програма за управление на качеството, която би обхванала в по-голяма пълнота компонентите и измерителите и би гарантирала постоянно подобрене в работата.

Специално място в политиката по осигуряване на качеството заема удовлетвореността на пациентите. С помощта на анкетни карти, които се предлагат на всеки изписан пациент, се гарантира своевременно и регулярно измерване на удовлетвореността. Същевременно с помощта на книга за жалбите и съответно написани правила е гарантирано обхващането на всеки сигнал по отношение възможни отклонения от качеството. Чрез анкетния метод се демонстрира много висока степен на удовлетвореност – над 95 %.

При измерване на удовлетвореността на пациентите е видно, че системата залага по-скоро на пасивния подход – на практика анкета попълват само желаещите, и то само когато напускат болницата. Възможни са обаче и други решения – изследване на целеви групи пациенти, анкетиране чрез анкетори, фокусни групи (например при проучване на потенциала на нова услуга – виж раздел 3.3 на същата глава) и т.н. Също така не става ясно дали освен разглеждане на ниво конкретна жалба има и групирани статистически данни, които да показват тенденция в определена посока.

По отношение на взаимодействието с общопрактикуващите лекари, към които се насочва пациентът след изписване също има изградена процедура, като копие от епикризата се предава на пациента за информация на неговия лекар.

Болницата разполага с електронна информационна система, която позволява бързи справки по различни критерии, съответно надеждно съхраняване на досиетата на пациентите. Системата дава възможност и за справки по отношение параметрите на дейността.

Отделно внимание заслужава информацията, посветена на политиката на болницата по отношение на персонала. Броят на лекарите в

болницата през 2011 г. е 48, от които 47 са с придобита специалност. Броят на медицинските сестри, лаборанти и рехабилитатори е 86, което осигурява непрекъснатост и качество на здравните грижи.

Таблица 12 дава нагледна представа за броя и квалификацията на работещите служители в периода 2008 - 2011 г.

Таблица 12: Структура и квалификация на човешките ресурси на МБАЛ „Доверие“ АД (2008-2011 г.)

Човешки ресурси	2008		2009		2010		2011	
	Общо	В т.ч. на основен трудов договор	Общо	В т.ч. на основен трудов договор	Общо	В т.ч. на основен трудов договор	Общо	В т.ч. на основен трудов договор
За годината	2008		2009		2010		2011	
Лекари	45	29	43	42	44	43	48	47
Лекари по дентална медицина			0	0	0	0	0	0
Фармацевти	1	1	1	1	1	1	1	1
Специалисти по здравни грижи	45	39	95	86	95	86	88	86
в т.ч. :								
- фелдшери	-	-	1	1	1	1	1	1
- акушерки	-	-	5	5	6	5	7	7
- медицински сестри	-	-	73	67	73	67	63	61
- лаборанти (клинични и рентгенови)	-	-	5	5	5.5	5	10	10
- помощник-фармацевти	-	-	2	2	2	2	1	1
- санитарни инспектори	-	-	1	1	1	1	1	1
Друг персонал	37	37	56	54	57	55	65	60

Съгласно Таблица 12 броят на лекарите в болницата остава сравнително постоянен за четиригодишния период, като през 2009 г. се намалява значително дялът на заетите по друг вид договор за сметка на хората на постоянен щат. Съответно в края на периода преобладаващата част от персонала е на постоянен и основен трудов договор, което гарантира висока ангажираност и предвидимо присъствие. Над 95 % от лекарите имат призната специалност, а 15 %

имат и втора такава. Таблица 13 дава подробна справка за броя и вида на лекарите със специалност за 2009 -2011 г.

**Таблица 13: Брой и вид на лекарите на щат в
МБАЛ „Доверие“ АД по специалности (2009-2011 г.)**

Специалности	Общо	В т.ч.на основен трудо договор	Общо	В т.ч.на основен трудо договор	Общо	В т.ч.на основен трудо договор
За годината	2009		2010		2011	
Лекари - всичко	43	42	44	43	48	47
в т.ч. интернисти	7	7	7	7	7	7
от тях: гастроентеролози	3	3	3	3	4	4
- ендокринолози						
- кардиолози	3	3	3	3	2	2
- ревматолози						
- пневмофтизиатри						
- нефролози	1	1	1	1	1	1
- хематолози						
- алерголози						
педиатри	1	1	2	2	2	2
хирурзи	4	4	4	4	4	4
ортопедотравматолози	4	3	3	3	4	4
уролози	4	3	4	3	5	4
неврохирурзи	1		1		1	
Съдови хирурзи						
акушер-гинеколози	4	4	4	4	4	4
инфекционисти						
офтальмолози						
оториноларинголози	1	1	1	1	1	1
невролози	2	2	3	3	2	2
психиатри	1	1	1	1	1	0
дермато-венеролози						
физиотерапевти	1	1	1	1	1	1
други	13	14	13	14	12	11

Специалностите са разпределени съобразно областите на дейност на болницата, като преобладават лекарите с хирургична насоченост. Въпреки че няма стационарна дейност, болницата ангажира в

амбулаторния сектор педиатри, УНГ – специалисти и психиатър, което дава насоки за евентуално бъдещо развитие на болнични услуги в тези специалности.

Ръководството е ангажирано в политика за повишаване на квалификацията на всички служители, която се изразява в ежегодна програма за специализация и следдипломно обучение.

Липсва информация доколко се поддържа политика към дългосрочното развитие и задържане на служителите. Също така няма информация дали са провеждани анкети сред служителите, които да измерят тяхната степен на мотивация, съответно какви са били резултатите.

По отношение на акредитационния статус, което е в пряка връзка с управлението на качеството, МБАЛ „Доверие” АД е получила висока степен на оценка – много добра, за срок от 4 години (76), като най-развитите дейности съответно имат отлична оценка – урология, гастроентерология, ортопедия, което корелира с политиката на болницата към подържане на високо качество. Необходим е анализ на причините, довели до относително ниската оценка на отделението по гинекология (добра).

2.3.3. Анализ на раздел II на анкетната карта: „Ценообразуване”

2.3.3.1. Приходна част (финансиране)

Болницата формира приходите си от различни източници съгласно приложената Таблица 14:

Таблица 14: Приходи на МБАЛ „Доверие” АД по източници (2006 – 2009 г.)

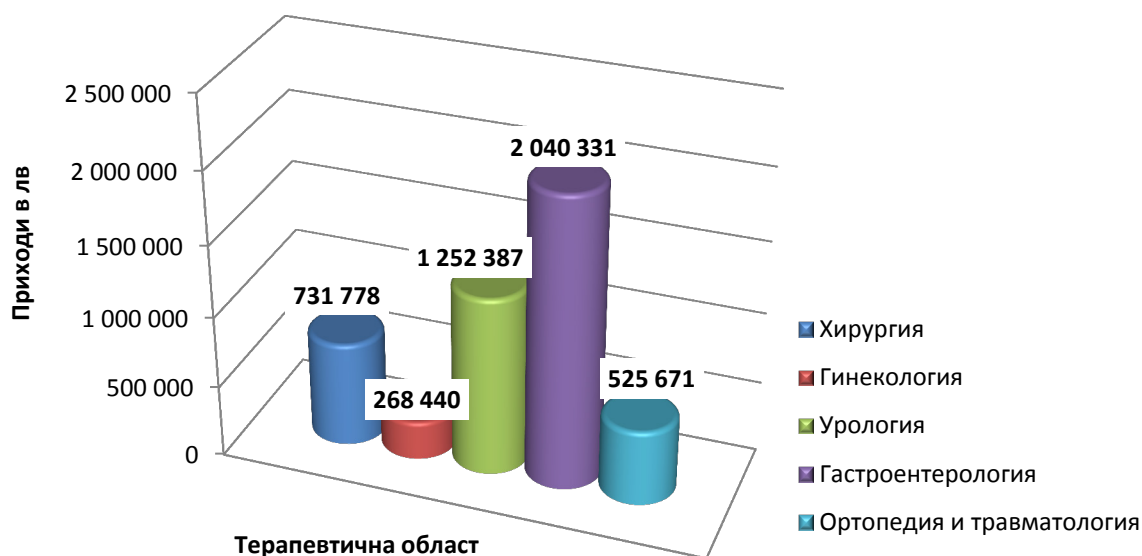
Приходи/ години	2006	2007	2008	2009
Общо приходи в хил. лв (000)				
в т.ч.:	1 992	4 389	6 122	7 660
- МЗ	0	0	0	0
- НЗОК	1 558	3 677	5 054	6 305
- Общини	0	0	0	0
- Други (плащаци в брой, частно осигурени)	434	712	1 068	1 355

Като относителен дял в приходите с основен превес е финансирането по клинични пътеки (общо 87 през 2012 г. – виж и Приложение II) от Националната здравно-осигурителна каса (над 80 %). Болницата не

получава целеви субсидии от Министерство на здравеопазването или общината. Близо 20 % от приходите идват от други източници – пациенти, заплащащи в брой или чрез доброволен здравно-осигурителен фонд, дарения, субсидии и т.н. По данни на болницата приходите от осигурени в частно-осигурителен фонд е под 1 % (база 2006 и 2007 г.), което дава повод за търсене на начини как да се оптимизира този източник. През 2011 г. болницата отчита към НЗОК 4 819 000 лв. по дейности от клинични пътеки, което е с 24 % по-малко от 2009 г. От тези приходи близо половината – 2 040 000 лв. (виж и графика 11), са реализирани в областта „гастроентерология“, и то предимно по една клинична пътека (номер 27: „Интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестиналния тракт с неголям обем и сложност“) – 1 795 200 лв. Посочените съотношения показват недобър баланс на портфолиото, което стъпва основно на приходи от малко на брой добре платени технологични услуги. Силната зависимост на болницата от финансирането на НЗОК (характерно за повечето болници в България при така действащата регулативна макрорамка – виж раздел 5.2.1.1 на Глава I) представлява значим финансов риск. Такъв риск придобива особена важност в условията на намаляващи приходи по това перо и се нуждае от превантивни действия в бъдеще.

Като финансов принос на отделните терапевтични области към горепосочения приход от НЗОК през 2011 г. разпределението е съгласно Графика 12.

Графика 12: Приходи на МБАЛ „Доверие“ АД от здравно осигурени пациенти по терапевтични области (2011 г.)



Както се вижда на Графика 12, с най-голямо значение за болницата е областта „гастроентерология“, следвана от „урология“ и „хирургия“. Както беше посочено, във финансово отношение трябва да се оценят рисковете на това асиметрично разпределение на приходите, което касае основно управлението на портфолиото (виж раздел 2.2.3 на Глава IV).

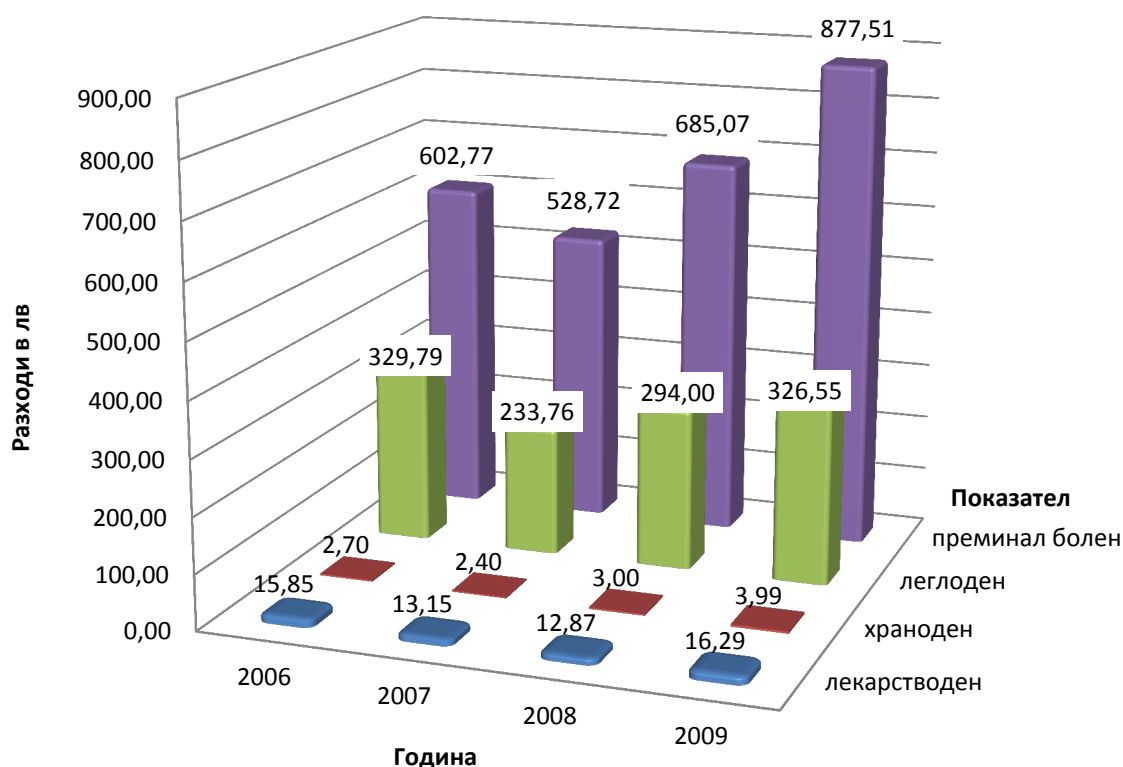
По отношение на оптимизацията на приходите не се посочват в детайли използваните подходи, но прави впечатление, че на всеки 6 месеца се провеждат обсъждания на Медицинския съвет по тази тема.

По отношение на ценообразуването не е посочена конкретна методика за остойностяване, но става ясно, че болницата има официално утвърден ценоразпис, който се използва за целите на самоучастие на пациента или ползване на напълно заплатени услуги.

2.3.3.2. Разходна част

По отношение на проследяваните разходни икономически показатели в МБАЛ „Доверие“ АД се мониторират основните, съответно усреднени за годината лекарствен, храноден, леглоден и разход на преминал болен, представени на Графика 13.

Графика 13: Среден разход за лекарства, храна, режийни и общо на преминал болен в МБАЛ „Доверие“ АД (2006-2009 г.)



Както се вижда на Графика 13, устойчивата тенденция е към постоянно нарастване на разходите, като изключение прави 2007 г., в която е реализиран спад по почти всички показатели (за което няма обяснение в предоставената анкетна информация). Данните показват трайна тенденция на увеличаване на разходите с около 25% годишно, дължащи се на непрекъснатото повишаване на цените на лекарствата, храненето, електрическата енергия, водата, отоплението, на увеличената оперативна активност и структурата на операциите.

Разпределение на разходите по основни пера за разглеждания период (2006 – 2009 г.) е представена на Таблица 15 и Графика 14.

Таблица 15: Разпределение на разходите по пера на МБАЛ „Доверие“ АД (2006-2009 г.)

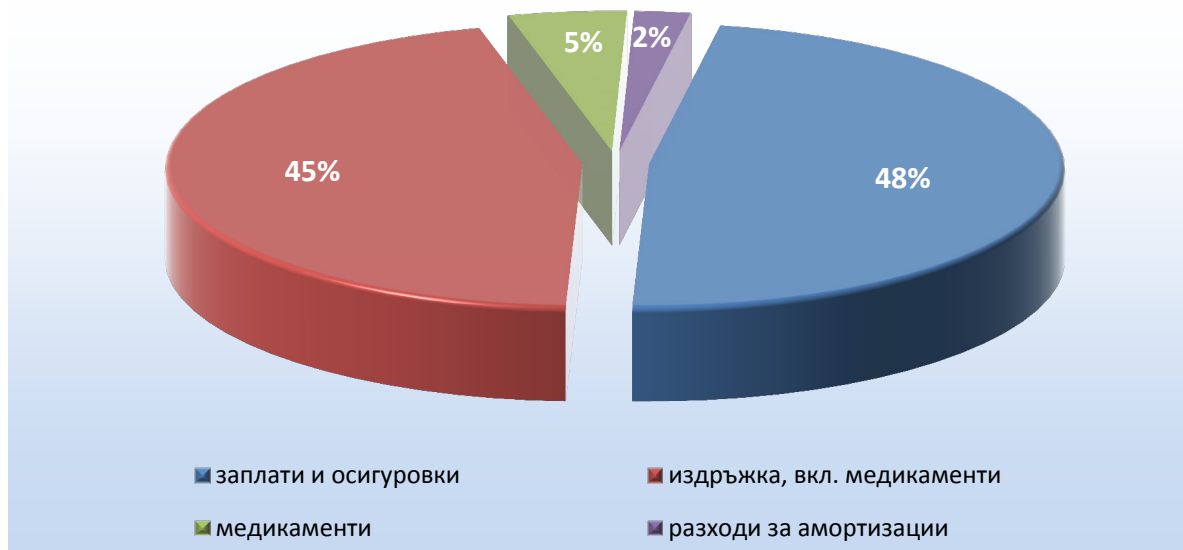
Разходи/ години	2006	2007	2008	2009
Общо разходи в хил. лв				
в т.ч.:	1 956	3 555	6 116	7 643
Заплати, осигуровки и др. възнаграждения на персонала	757	1 728	3 084	4 100
Издръжка (без р-ди за амортизации)	1 163	1 751	2 909	3 334
В т.ч. разходи за медикаменти за стационара	94	192	268	382
Разходи за амортизации	36	76	123	208

Графика 14: Разпределение на разходите на МБАЛ „Доверие“ АД (2006-2009 г.)



Както личи от Таблица 15 и Графика 14, разходите (в млн. лв.) се разпределят поравно между издръжката на дейността и разходите за персонала (заплати, осигуровки и допълнителни възнаграждения) през целия период. Ако се изчислят средните стойности на посочените разходи за целия разглеждан четиригодишен период, ще се добие представа за структурата им, съгласно Графика 15.

Графика 15: Структура на разходите в % като усреднени стойности по пера на МБАЛ „Доверие“ АД (2006-2009 г.)



Както се вижда на Графика 15, амортизационните отчисления заемат много малък дял, което дава повод да се проучи по какъв начин смята болницата да обнови апартурата си след изтичане на срока на амортизацията.

В този ред на разсъждение прави впечатление, че болницата реализира намаляваща печалба през периода, която в края е едва 17 000 лв. Отделно в разходните данни не се калкулират капиталови разходи, което вероятно е ограничителна антикризисна мярка. Все пак възниква въпросът за привличане на външни инвестиции с оглед развитие на нови услуги и обновяване на материално – техническата база в посочения по-преди тригодишен период. Проследени в динамика приходната и разходна част растат съответно с:

- Приходи с 40 % (2008 спрямо 2007 г.) и 25 % (2009 спрямо 2008 г.).
Общо за целия период ръстът е с 2,85 пъти.
- Разходи с 72 % (2008 спрямо 2007 г.) и 24 % (2009 спрямо 2008 г.).
Общо за целия период ръстът е с 2,9 пъти

Този факт се отчита от болницата (виж Приложение IV - икономически показатели). Очевидно съществува диспропорция в нарастването на приходите и разходите, като за разглежданите 4 години ръстът на разходите изпреварва този на приходите. При запазване на тренда това може да доведе до проблеми с паричните потоци. Същевременно при същия темп на нарастване на разходите с около 25 % на година и липса

на допълнителни източници (примерно нови клинични пътеки от НЗОК и други) може да възникнат затруднения във финансирането на болницата. Не на последно място остава открит въпросът за маркетинговите разходи, които в така посоченото разпределение вероятно не заемат голям дял и няма възможност да нарастват в близко бъдеще.

2.3.4. Анализ на раздел III – „Дистрибуция“

2.3.4.1. Инфраструктура

В този раздел (виж Приложение IV – раздел „Дистрибуция“) е предоставена пълна справка за броя на кабинетите и връзката между медицинския център и болницата. Срещу главния ход на болницата за пациенти има разкрита рецепция с регистратура и информационно обслужване.

От гледна точка на удобство на пациентите са въведени достатъчно на брой улеснения – всички кабинети от медицинския център, както и лабораториите, физиотерапията и част от образната диагностика са на първия етаж, има всякакъв вид информация, в това число утвърден единен ценоразпис. Съществува система за управление на опашката под формата на регистър (списък) на чакащите, като средното време на чакане е 7 дни, което е относително кратък период. В болницата не се обслужват спешни пациенти, макар че има техническата обезпеченост и графика на работа позволява. Не са провеждани хронометрични изследвания, които да установят средното време за обслужване на пациент на рецепция или в кабинет, съответно класифицирани и по диагнози. В тази насока липсва също така информация за приемния капацитет на болницата – минимален, среден и върхов брой приети пациенти на ден, общо и по отделения, брой диагнози на ден (време за уточняване, % уточнени и т.н.). Подобна информация е ценна основно с това, че установява потенциалните възможности на болницата от гледна точка на пациентопотока и може да даде насоки за оптимизация на обслужването.

2.3.4.2. Достъпност и обхват

Сградата на МБАЛ „Доверие“ се намира в квартал „Овча купел 2“ и има връзка с градския транспорт (само автобусен). Като цяло локацията на болницата е периферна, за сметка на това самата сграда е разположена в полите на Витоша, далеч от урбанизираните и

индустриални райони на столицата. За пациентите с проблеми с придвижването има естакада и колички при централния вход.

Липсват данни за разпределението на пациентите по местоживеене, което прави оценката на достъпността трудна. Не са извършвани и проучвания за мнението на пациентите относно локацията на болницата. В този смисъл трудно може да се определи доколко има необходимост от разкриване на филиал на болницата в София или друг град от страната.

2.3.5. Анализ на раздел IV – „Маркетинг и промоция”

2.3.5.1. Маркетингов план

В раздела (виж Приложение IV – Раздел III) няма информация относно съществуваща практика за създаване и изпълнение на маркетингов(и) план(ове). Не е ясно доколко болницата е извършвала или извършва бенчмаркинг, тоест съпоставка на нейните услуги по качество, цена и достъпност с услуги на друга болница (виж раздел 0 на същата глава). В този смисъл няма яснота относно начина на изследване на потребителското търсене по отношение на сега предлагани и бъдещи здравни услуги (по смисъла на раздел 3 от Глава I). Същевременно въз основа на досега представената информация болницата е направила свой SWOT – анализ (виж и раздел 5.2.1.3 на Глава I), представен на Таблица 16.

Таблица 16: SWOT анализ на МБАЛ „Доверие“ АД

Силни страни	Слаби страни
Добре позиционирана болница	Разпределението на леглата по отделения, се оказва недостатъчно съобразено с притока на пациенти по различните специалности, което води до ненапълно ефективно използване на легловата база и настаняване на пациенти в други звена с различна специалност. Предстои вътрешна промяна на броя на леглата по звена. Тук се оказва проблем и задължителния минимум от 10 легла за отделение, по наредба 29
Опитен мениджърски екип и водещи квалифицирани специалисти с опит	
Съвременна материално-техническа база и оборудване	
Добре работеща организация на дейностите по обслужването и лечението на пациентите	
Непрекъснато следдипломно обучение и усъвършенстване на лекарите и медицинските специалисти по здравни грижи	
Възможности	Заплахи
Персонал с поведение и отношение към пациента, уважаващо достойнството му, което рядко се среща в други ЛЗ	Преодоляване на нелоялната конкуренция на пазара на медицинските услуги
Достоен конкурент на пазара на медицинските услуги	
Подлежи и на развитие взаимодействието между болницата и ОПЛ, насочващи пациенти за хоспитализация	

Съгласно този анализ се открояват някои от **силните** страни, идентифицирани в анализите и на другите раздели на анкетната карта – модерно оборудване, квалифициран персонал, организация на пациентопотока, както и една от очевидно **слабите** страни – непълно и неравномерно разпределено натоварване на разполагаемата леглова база, при което някои отделения имат твърде ниска използваемост, а други са принудени да въвеждат регистър на чакащите. В частта,

касаеща външната среда също са разпознати някои от **възможностите** – ненапълно задоволени потребности на пазара от етично издържано отношение към пациентите и техните проблеми, взаимодействие с общо-практикуващите лекари, както и една от сериозните заплахи – нелоялната конкуренция (макар че тази формулировка трябва да се прецизира). Същевременно обаче липсват доста съществени елементи от гледна точка на пълнотата и изчерпателността на SWOT-анализа. На **първо** място това е обема и структурата на здравните услуги (портфолиото – виж и 3.7 на Глава I) – по отношение на съществуващите, където се открояват слабо търсени и нерентабилни – например пластична хирургия, УНГ сектор и т.н.; и по отношение на нови, неразработени такива – например детски болести, офталмология, долекуване и продължително лечение и т.н. На **второ** място това е съществуващата материално-техническа база – (почти) запълненият капацитет на сегашната база създава естествено ограничение за развитие на нови услуги. Същевременно всяко разширение на базата означава голяма инвестиция, която болницата при сегашното състояние на приходите и разходите няма откъде да мобилизира. На **трето** място е силната зависимост от един финансов източник - НЗОК, който при затруднения или забавяне на плащанията (както на практика се случва почти всяка година) може да създаде проблеми с паричните потоци, съответно неизплащане на трудови възнаграждения, задължения към доставчици и т.н. Местоположението на болницата може също да бъде потенциална слаба страна (което трябва да се потвърди чрез анкетиране на пациенти).

В раздела, посветен на **външната среда** има също така много насоки за допълване. По отношение на възможностите трябва да се оценят на база пазарни анализи какви са здравните потребности в регионален аспект (община, град) или национален (ако данните например показват, че към болницата се обръщат пациенти от различни населени места). Съответно на база на тези потребности болницата може да избере своите потребителски (пациентски) сегменти (виж и раздел 5.2.1.2.4 на Глава I) и да разработи таргетирани към тях здравни услуги. Самата болница няма разработено пазарно позициониране (виж раздел 3.2 на тази глава) – липсва яснота какъв е нейния пазарен дял и съответно на кой пазар (публичен, частен). Съществуващото портфолио от предлагани услуги няма обективна оценка за конкурентни предимства

спрямо други пазарни играчи. В посока взаимодействие с доболничната помощ също трябва да се навлезе в детали на база анкетни проучвания – има ли несрещнати потребности сред тези специалисти, как болницата може да ги посрещне, какъв тип взаимодействие е предпочитан и т.н. Сред **заплахите** от външната среда освен нелоялна конкуренция могат да се посочат намаляващата платежоспособност на пациентите, нереструктурираната система на финансиране, практическата липса на алтернативни здравни фондове и т.н., които ограничават ръста в приходите на болницата и създават сериозни пречки в нейната маркетингова дейност.

Изобщо липсата на завършен маркетингов план с всички необходими пазарни анализи вероятно затруднява изграждането на визия за развитието на МБАЛ „Доверие” АД през следващите 3 до 5 години. Възникналите от този анализ въпроси какви здравни услуги трябва да се развиват, как ще бъдат финансирани и по какъв начин ще бъде оправдана инвестицията зад тях могат да намерят отговор само и единствено чрез един обстоен и базиран на обективни данни маркетингов план (виж по-подробна разработка в раздел 3.3 на тази глава).

2.3.5.2. Промоция

В промоционален план, както може се очаква от една частна болница, МБАЛ „Доверие” АД ползва солиден набор от инструменти – рецепция с възможност и за нощно прослушване, информационни брошури, включително на електронен носител, интернет сайт, електронна поща. Съществува изградена система за прием, обработка и отговор на въпроси на пациенти.

Фигура 1: Уводната страница на интернет сайта на МБАЛ „Доверие“ АД



На сайта на болницата - www.mbal.doverie.bg (представена на Фигура 1) има информация, касаеща реда на приемане и изписване, броя и вида клиничните пътеки, по които се приемат пациенти, описание на диагностичния и стационарен блок и пр.

От друга страна прави впечатление пасивният подход в промоцията – на практика повечето канали сработват едва след като пациентът е посетил самата болница. Промоцията по интернет въпреки очевидните си предимства не е ясно дали достига до целевата аудитория, което изисква специализиран анализ на ефективността на този канал за комуникация (както въпрочем и на всеки друг). В активен аспект почти не се споменават дейности – срещи и промоция пред медицински специалисти, реклама в електронни или печатни издания, работа с пациентски групи (училища, здравни промоции). В този смисъл последните въпроси от раздела не са намерили отговор. Също така липсва информация какъв дял от разходите на болницата (тоест маркетинговия бюджет) заемат промоционните дейности.

Анализът на четирите раздела на попълнената анкетна карта, извършен в този раздел, показва най-общо липси или непълноти в предоставената

информация. Така, в съвкупност и с другите две аналитични стъпки (виж по-нататък) се очертава възможността да се направят изводи относно степента и обхвата на прилагане на маркетинговия подход в управлението на анкетирания обект. В този смисъл въпреки изходните ограничителни услуги извършената анкета съумява да даде една реалистична представа за МБАЛ „Доверие“ АД, и то в контекста на търсената специфика.

3. Бенчмаркинг на МБАЛ „Доверие“ с референтно болнично лечебно заведение

3.1. Методология на представения бенчмаркинг

Методологията на бенчмаркинга е подробно описана в специализираната литература, както беше дискутирано в раздел 4 на Глава I. (46) В реалния живот обаче тази методология търпи модификации основно поради ограничения в ресурсите (финансови, времеви, човешки). На практика някои от етапите могат да бъдат съкратени, опростени или модифицирани. Освен това, както беше посочено, честа пречка за един добър бенчмаркинг се оказва затруднения достъп до необходимите данни. Подборът на подходяща организация, спрямо която ще се извършва сравнението, също може да се окаже проблематичен.

Представеният в този раздел бенчмаркинг е сведен до два етапа – определяне на обхвата (подготовка) и осъществяване. Макар и извършен в непълнен обем, той все пак позволява формулирането на изводи и заключения по отношение на идентифицираните добри практики.

3.2. Подготовка за бенчмаркинг

3.2.1. Ограничителни условия за провеждане

Ограничителните условия на представения тук бенчмаркинг са свързани основно с вида и спецификата на разполагаемите данни. Ограниченията са както времеви (периода на съвпадаемост на повечето данни, представени в този раздел е две години), така и ресурсни (извършване на бенчмаркинг в пълния му обем изисква значителни ресурси и големи екипи от хора). От друга страна бенчмаркингът и по-специално конкурентният бенчмаркинг си поставя основно за цел взаимстване на установените добри практики, които да направят организацията по-конкурентна. Тази основна цел обуславя до голяма степен и избора на референтен(и) организация(и). В конкретния случай като подходящ референт (терминът се използва нататък за обозначаване на лечебното заведение, което е сравнявано с анализираното) може да се подбере болница, която да бъде сходна на анализираната болница по отношение на:

- Съществуващата материално-техническа база
- Броят на болничните легла
- Използваните материално-технически и човешки ресурси

- Предлагащите здравни услуги

Същевременно, както беше още отбелязано в раздел 4 на Глава I, сходството не е най-важното условие за провеждане на бенчмаркинг. В крайна сметка естественият стремеж на всеки мениджмънт е да се равнява по лидерите в дадена област и да търси възможности как да са доближи в максимална степен до техните практики. С оглед на това за целите на настоящия бенчмаркинг са напълно допустими различия като например:

- Друга форма на собствеността;
- Различен (по-широк) обхват на лечебно – диагностичната дейност;
- По-добра квалификация на болничните здравни специалисти, (хабилитации, осъществяване на академична и преподавателска дейност);
- По-добра ресурсна обезпеченост, касаеща финансови, технически и човешки ресурси;
- По-добри пазарни позиции;
- По-голяма популярност сред пациентите;
- По-добро географско местоположение;

Посочените различия могат да бъдат възприемани и като ограничителни условия за извършване на бенчмаркинг. Все пак въпреки посочените ограничения трябва да се отбележи, че бенчмаркингът по дефиниция допуска съпоставки с (съществено) различен референт при условие, че се намери обща аналитична база – например показатели за дейността, които се изчисляват по един и същи начин, структури с сходен предмет на дейност, идентични времеви периоди на проследяване и т.н.

Не на последно място, както беше вече посочено, един от съществените лимитиращи фактори за този бенчмаркинг беше достъпът до по-детайлна информация за референтното заведение, която да позволи извършване и на по-прецизни анализи.

3.2.2. Описание на референтното болнично лечебно заведение

Многопрофилна болница за активно лечение „Свети Иван Рилски“ ЕАД (77) е лечебно заведение с държавна форма на собствеността. Нейната дейност може да се охарактеризира в три основни направления:

- Осъществяване на високоспециализирана, висококачествена и достъпна болнична помощ – диагностика, лечение и рехабилитация

на остри и изострени хронични заболявания при спазване правилата за добра медицинска практика и зачитане правата на пациентите;

- Провеждане на научна и научно-приложна дейност в областта на медицината;
- Провеждане на учебна дейност – подготовка на студенти, специализанти и докторанти по медицина и здравни грижи, на медицински специалисти с образователно-квалификационна степен "бакалавър" и "специалист";

Болницата е със статут на университетска структура, в която се обучават студенти и специализанти и се осъществява научна дейност.

3.2.3. Анализ на сходствата и разликите между изследвания обект и референта

С оглед гореизложеното е необходимо набелязване на възможния обхват за извършване на бенчмаркинг по някои общоизвестни показатели при отчитане на сходствата и разликите. Таблица 17 представя синтезирано необходимата информация за това.

Таблица 17: Начална съпоставка на анализираното с референтното лечебно заведение по някои показатели с цел подготовка за бенчмаркинг

Показател	МБАЛ „Доверие“ АД	МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД
Форма на собственост и правен субект	Частна в структурата на „Доверие Обединен Холдинг“ като АД	Държавна като ЕАД
История	Функционира от 2005 г	Наследник на болницата по професионални заболявания, открита през 1977 г
Материално-техническа база	Три корпуса модерно строителство, строени за целта, медицински център, локация в краен квартал в столицата	Две сгради, съответно старо и сравнително по-ново строителство, диагностично-консултативен център, локация в центъра в столицата
Брой легла	111	263
Предмет на дейност	Многопрофилна за активно лечение	Многопрофилна за активно лечение
Брой лекари	48 (47 със специалност)	138 (90% с една специалност, 50 % с две, а 36 % с три; 9 професори, 13 доценти, 38 асистенти)
Брой други мед.специалисти	195	86
Акредитация	Съгласно Заповед РД 01-197/26.02.2008 г. за цялостна медицинска дейност „много добра“ за срок от 4 години	Съгласно заповед № РД-0167/17.12.2007г. за цялостна медицинска дейност и за практическо обучение "Отлична" за срок от 5 години
Структура	10 отделения, 3 лаборатории	6 клиники, 3 отделения, 4 лаборатории
Сходни структури	<ul style="list-style-type: none"> • Отделение по гастроентерология • Отделение по нефрология (не съществува към днешна дата)¹ • Сектор кардиология (не съществува към днешна дата)¹ • Отделение по образна диагностика • Клинична лаборатория • Лаборатория по патология 	<ul style="list-style-type: none"> • Клиника по гастроентерология • Клиника по вътрешни болести, нефрология и хемодиализа • Отделение по образна диагностика • Клинична лаборатория • Лаборатория по патология
Разполагаеми данни - показатели за дейността и финансовите показатели, общо за заведението и по отделения	2006-2011	2002- 2007

¹ За периода на съпоставка 2006 – 2007 е съществувало едно вътрешно отделение със сектори по гастроентерология, кардиология и нефрология, като към днешна дата отделението по гастроентерология на МБАЛ „Доверие“ АД е самостоятелно с 22 легла, а останалите две съществуват като сектори в отделение по вътрешни болести с 10 легла.

От Таблица 17 се вижда, че референтното лечебно заведение показва съществени различия спрямо анализирания обект МБАЛ „Доверие“ АД, по-точно по отношение на формата на собствеността, историческата репутация, разполагаемата леглова база, научната и академична дейност, не на последно място малко по-добрата цялостна акредитационна оценка. Същевременно съпоставката още на това ниво показва някои сходства, които могат да бъдат използвани за целите на бенчмаркинга, а именно:

- И двете болници са многопрофилни за активно лечение (МБАЛ).
- И двете болници разполагат с добра материално-техническа база, модерно оборудвани отделения по образна диагностика и специализирани лаборатории.
- И в двете болници работят квалифицирани лекари с признати специалности. Статутът на академично звено в „Св.Иван Рилски“ ЕАД все пак предполага известни разлики.
- Двете болници имат няколко сравнително сходни по дейност структурни звена, което позволява да се направи по-задълбочен анализ именно на това ниво на база показатели за дейността и финансови показатели.
- Разполагаемите данни позволяват да се съпоставят два идентични времеви периода през 2006 – 2007 г. и да се направят съответните изводи.

3.2.4. Предмет и обхват на бенчмаркинга

На база посочените по-горе изходни условия и разполагаеми данни може да се осъществи двуетапен бенчмаркинг, съответно:

1. Бенчмаркинг между двете лечебни заведения по отношение на:

- Структура на лечебните заведения и обхват на дейността към днешна дата
- Показатели за дейността към припокриващия период на разполагаемите данни (2006-2007 г.)
- Финансови показатели към припокриващия период на разполагаемите данни (2006-2007 г.)

2. Бенчмаркинг между отделения/клиники със средна дейност по отношение на:

- Структурата и обхвата на дейността към припокриващия период на разполагаемите данни (2006-2007 г.)

- Показатели за дейността към припокриващия период на разполагаемите данни (2006 – 2007 г.)

Ограниченията на този обхват, както беше вече коментирано, произлизат основно от липсата на актуална информация по отношение на показателите на дейността и финансовите показатели за референтната болница. Самата информация не е събирана специално за целите на бенчмаркинга и поради това има някои дефицити. Друг фактор е относително голямата разлика в лечебно-диагностичната дейност между двете заведения, което налага търсене на сходства на ниво отделения със сравнително еднородни дейности.

3.3. Осъществяване на бенчмаркинга

3.3.1. Бенчмаркинг на ниво лечебни заведения

3.3.1.1. Структура и дейност на референтното лечебното заведение

Базата на МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД е изцяло обновена и осъвременена. На разположение са 263 легла, обособени в болнични стаи с по 1, 2 и 3 легла, като за всяка стая е предвиден самостоятелен санитарен възел. (77)

В болницата работят 138 лекари, от които 9 професори, 13 доценти и 38 асистенти. 90% от лекарите са с призната специалност, 50% от тях имат и втора специалност, а 36% са с 3 специалности. Броят на медицинските специалисти е 195, от които 146 специалисти по здравни грижи, 24 медицински лаборанти, 13 рентгенови лаборанти и 7 рехабилитатори. (77)

Болницата си е поставила целта да се утвърди като съвременна университетска база на национално равнище с провеждане на учебно-преподавателската и научно-изследователската дейност на високо професионално ниво, отговарящо на нормите и стандартите, действащи в Европейския съюз.

В структурата на болницата влизат 6 специализирани клиники и 3 отделения, по-точно:

- Клиника по гастроентерология;
- Клиника по терапия на вътрешните болести, нефрология и диализа;
- Клиника по ревматология;
- Клиника по професионални заболявания;
- Клиника по неврохирургия;

- Клиника по нервни болести;
- Отделение по физикална терапия и рехабилитация;
- Отделение по нуклеарна медицина;
- Отделение по конвенционална образна диагностика;

Лечебното заведение е с акредитационна оценка за цялостна медицинска дейност и за практическо обучение "Отлична" за срок от пет години, съгласно заповед № РД-01-667/17.12.2007 г. на Министъра на здравеопазването. (78)

Болницата разполага със собствен диагностично – консултативен център със следните кабинети:

а) Приемно-консултативни кабинети

В двете бази функционират приемно-консултативни кабинети по: вътрешни болести, нефрология, гастроентерология, неврохирургия, нервни болести, ревматология, професионални болести – белодробни, нервни, УНГ.

б) Диагностично-консултативни кабинети:

- Кардиологичен кабинет
- Кабинет очни болести
- Неврологичен ЕЕГ кабинет

с) Медико-диагностични лаборатории:

- Клинична лаборатория
- Клинична имунология
- Лаборатория за определяне на тежки метали, олигоелементи и метаболити на токсични съединения
- Лаборатория по клинична патология

д) Отделение по образна диагностика:

- Направление "Конвенционална образна диагностика"
- Направление "Компютърна и магнитно-резонансна томография"
- Направление "Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология"

е) Отделение Нуклеарна медицина с Гама-камера

3.3.1.2. Структура и дейност на изследваното лечебно заведение

Подробно описание на структурата на изследвания обект МБАЛ „Доверие“ АД е приложено в раздел 2.2 на тази глава, а обхвата на дейностите са разгледани в раздел 2.3.2.1. Събраната информация по описания там анкетен метод се използва и за целите на този бенчмаркинг.

3.3.1.3. Бенчмаркинг по структура и обхват на дейността на изледваното и референтното лечебно заведение

МБАЛ „Доверие“ АД разполага с над два пъти по-малка леглова база и брой медицински специалисти спрямо референта. Нейната основна насоченост е в областта на мини-инвазивните и ендоскопски техники в областите хирургия, урология, гастроентерология и ортопедия. Като обхват на дейността се обслужва контингент от пациенти с относително по-лека патология, което налага по-кратък болничен престой и дава възможност за по-висок леглооборот. Болницата няма статут на академична структура и не се занимава с научна и преподавателска дейност. За разлика от референтната болница „неинвазивните“ специалности (от групата на вътрешните болести) са слабо представени в МБАЛ „Доверие“ АД с изключение на кардиология, нефрология и ревматология, които се осъществяват в малко отделение от 10 легла по ограничен брой клинични пътеки (общо 7) и малък пациентопоток. Предвид факта, че МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД е специализирана основно в областта на вътрешните болести, възможностите за съпоставка трябва да се търсят именно в тази насока. Естествена база за бенчмаркинг на дейността в случая представляват отделенията по гастроентерология и вътрешни болести спрямо референтните клиники по гастроентерология и по терапия на вътрешните болести, нефрология и диализа.

3.3.1.3.1. Съпоставка на показателите за дейността

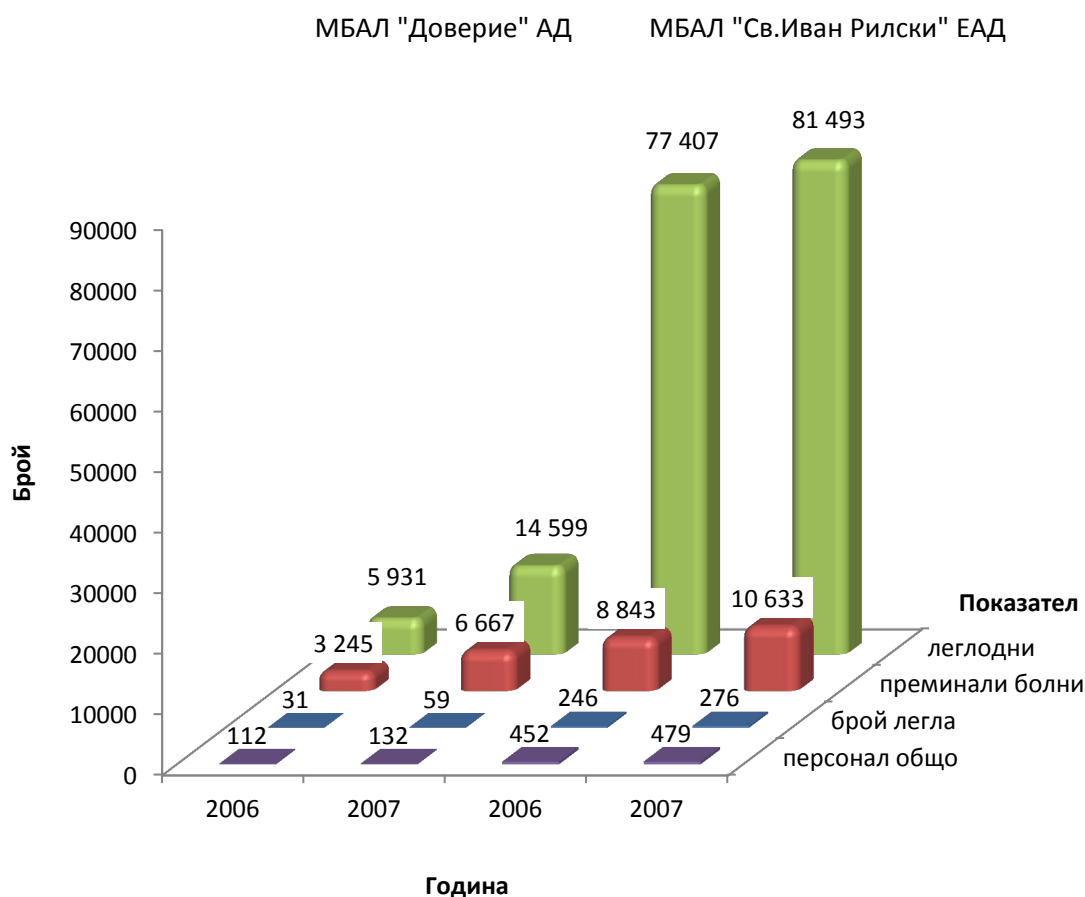
Добра нагледна сравнителна представа за цялостната лечебно-диагностична дейност на двете болнични заведения дава табличната съпоставка за идентични периоди, представена на Таблица 18.

**Таблица 18: Сравнение на дейността по показатели на
МБАЛ „Доверие“ АД и МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД
(2006-2007 г.)**

Показатели	МБАЛ „Доверие“ АД		МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД	
	2006	2007	2006	2007
Година				
Персонал общо	112	132	452	479
В т.ч. лекари	39	45	138	143
Брой легла	31	59	246	276
Брой преминали болни	3 245	6 667	8 843	10 633
Брой проведени леглодни	5 931	14 599	77 407	81 493
Среден престой в дни	1,83	2,19	8,75	7,66
Използваемост в дни	191,32	247,44	315,95	295,26
Използваемост в %	52	67,79	86,56	80,89
Оборот на леглата	104,68	113	36,09	38,53
Леталитет %	0,92	1,3	0,92	0,73

Посочените на Таблица 18 данни могат да се интерпретират и графично, както е представено на Графика 16.

Графика 16: Сравнение по брой персонал, брой легла и показатели за дейността между МБАЛ „Доверие“ АД и МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД (2006-2007 г.)

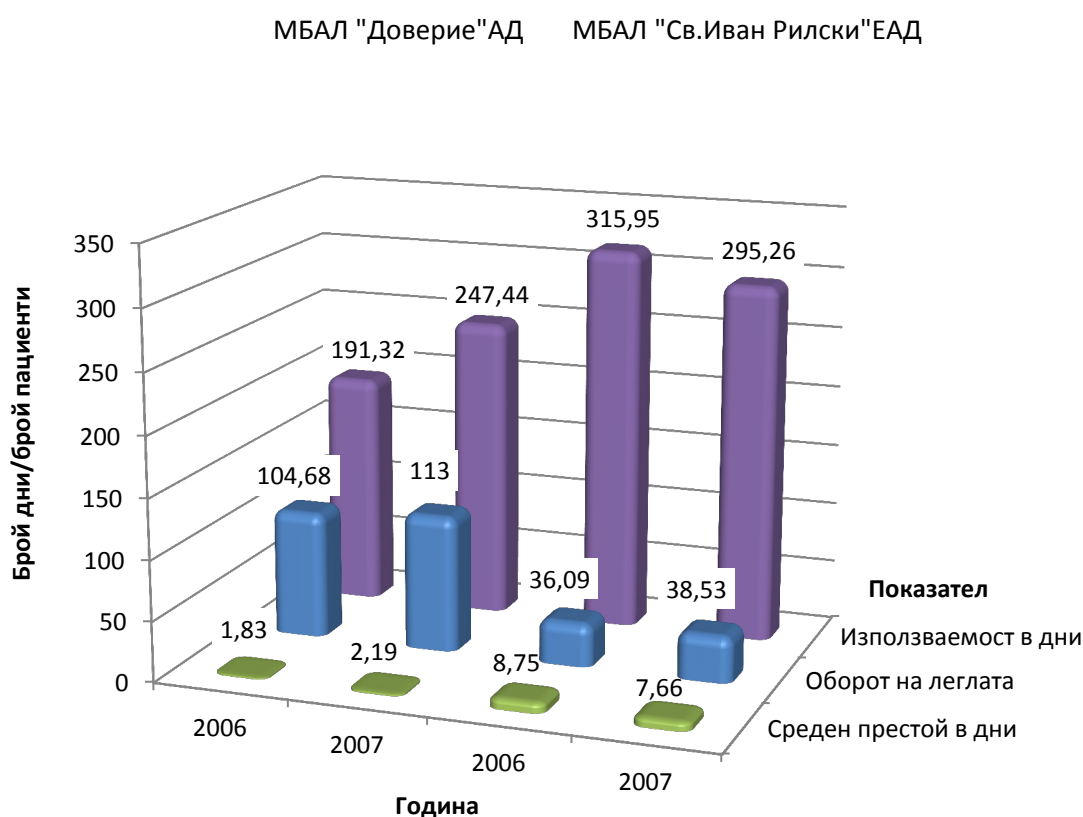


Съобразно представените на Таблица 18 и Графика 16 данни МБАЛ „Доверие“ АД е близо 4 пъти по-малка от референта по отношение на персонала и легловата база. Това се дължи на обстоятелството, че болницата е основана през 2005 г. и през разглеждания период е била в процес на развитие. Същевременно обаче броят на преминалите болни в референтната болница е относително по-малък спрямо посочената по-горе четирикратна разлика в материални и човешки ресурси - едва 2,7 пъти (през 2006) и 1,6 пъти (през 2007). Това може да се обясни от една страна с характера на патологията, която е доста различна в двете болници (виж по-нататък в раздел 2.6.2 на същата глава), а от друга – с използваните маркетингови похвати за привличане на пациенти в частното заведение. В подкрепа на подобно наблюдение е и съотношението в реализираните за двете години леглодни – близо 3 пъти разлика през 2006 г., и съответно около 5 за 2007 г.

Съотношението персонал:легла остава по-високо в МБАЛ „Доверие“ АД и през двете години (над 2 спрямо 1,7/1,8).

Заклучението, което може да се направи на база посочените данни е, че анализираната болница обслужва пациенти, които не се нуждаят от продължителна хоспитализация. Това рефлектира на свой ред и в нарастване на леглооборота, както е представено на Графика 17.

Графика 17: Сравнение по използваемост на леглата, леглооборот и среден престой между МБАЛ „Доверие“ АД и МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД (2006-2007 г.)



Както се вижда от съпоставката на Графика 17, и през двете години МБАЛ „Доверие“ АД има над 3 пъти по-висок леглооборот, респективно по-нисък среден престой – съответно 4,78 и 3,5 пъти. Същевременно използваемостта на леглата в МБАЛ „Доверие“ АД остава ниска – едва 52 и 67,79 % през двете години, съответно разликите са 1,65 и 1,19 пъти повече в полза на МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД.

От представените графики може да се заключи, че за периода на сравнение МБАЛ „Доверие“ АД разполага със значително по-малък

ресурс от референта (това е валидно и към днешна дата) по отношение на леглова база и персонал. Структурата на заболеваемостта на лекуваните в двете лечебни заведения пациенти очевидно е различна, което рефлектира върху използваемостта на легловия фонд и средния престой в дни. Пациентите на МБАЛ „Доверие“ се задържат по-малко в болницата, за сметка на това са относително повече спрямо използвания технически и човешки ресурс в сравнение с МБАЛ „Св. Иван Рилски“. В МБАЛ „Доверие“ АД не се използват достатъчно наличните ресурси, както личи от сравнително ниската използваемост на леглата.

3.3.1.3.2. Съпоставка на финансовите показатели

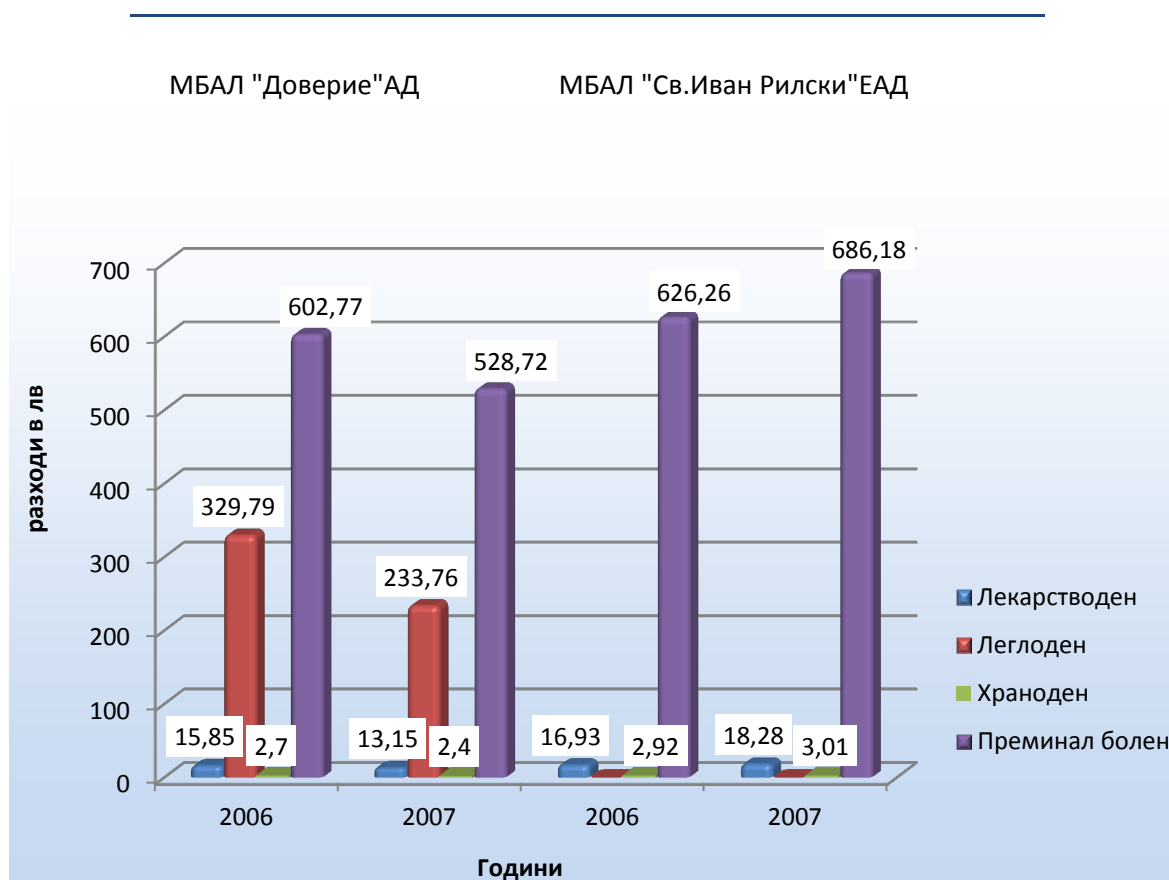
На Таблица 19 е показана съпоставка на финансовите показатели по отношение усреднен разход за един пациент за съответния период.

Таблица 19: Сравнение на финансовите показатели средно за 1 пациент на МБАЛ „Доверие“ АД и МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД (2006 – 2007 г.)

Показатели	МБАЛ „Доверие“ АД		МБАЛ „Св.Ив.Рилски“ЕАД	
	2006	2007	2006	2007
Година				
Лекарстводен	15,85	13,15	16,93	18,28
Леглоден	329,79	233,76	-	-
Храноден	2,70	2,40	2,92	3,01
Преминал болен	602,77	528,72	626,26	686,18

Посочените на Таблица 19 данни могат да се интерпретират и графично, като е представено на Графика 18.

**Графика 18: Сравнение на финансовите показатели на
МБАЛ „Доверие“ АД и МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД
(2006 – 2007 г.)**



Разликата във финансовите показатели на усреднена база за един пациент, по-специално в лекарстводен (близо 30 % по-нисък през 2007 г. в МБАЛ „Доверие“ АД), е индиректен указател за доста различната патология на обслужваните континенти.

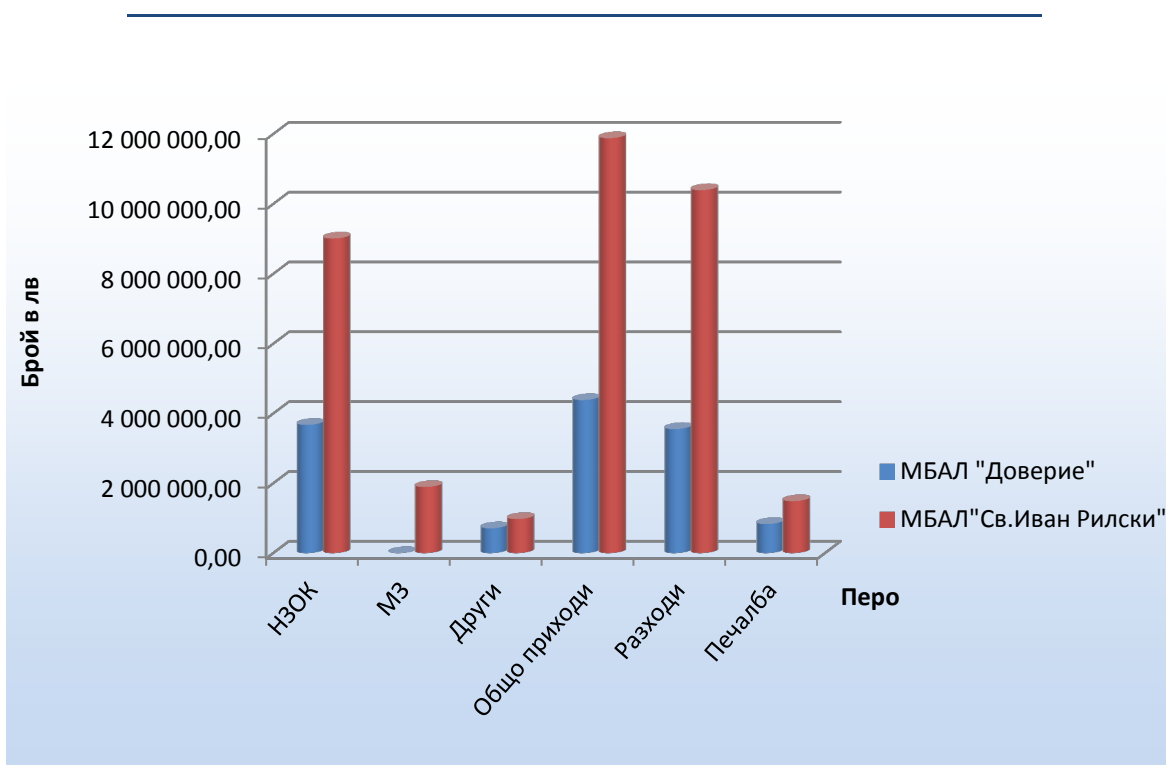
Наличните данни позволяват да се направи съпоставка между двете болници и по отношение на общите приходи и разходи през разглеждания период, като е показано на Таблица 20.

**Таблица 20: Съпоставка на приходите и разходите на
МБАЛ „Доверие“ АД и МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД (2006 -
2007г.)**

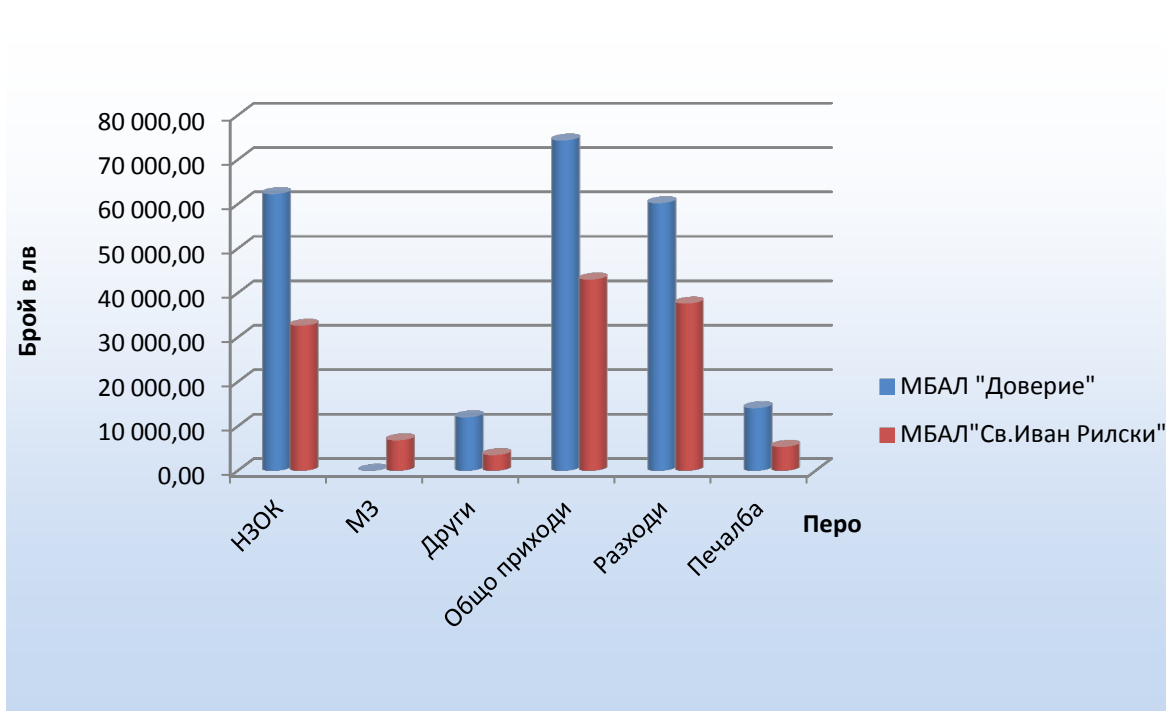
Приходи	МБАЛ „Доверие“ АД		МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД	
	2006	2007	2006	2007
Година				
От МЗ	-	-	2 406 734	1 894 225,43
От общини	-	-	-	-
От НЗОК	1 558 000	3 676 000	6 760 568	9 012 038,63
От други източници (платени услуги, наеми, дарения)	434 000	711 000	787 839	976 565,48
Общо	1 992 000	4 387 000	9 955 141	11 882 829,54
Разходи	1 956 000	3 555 000	9 068 696	10 394 375,37
Печалба	36 000	832 000	886 445	1 488 454,17

Както се вижда на Таблица 20, във финансово отношение МБАЛ „Иван Рилски“ ЕАД се представя значително по-добре. Болницата съумява да реализира приходи от повече на брой източници (което за визирания период беше привилегия на държавните болници), като само по изпълнение на дейност към НЗОК приходите и са 3 пъти повече през 2007 г. От друга страна обаче като приход на легло МБАЛ „Доверие“ АД реализира през 2007 г. 62 305 лв. от НЗОК, докато МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД – 32 652,31 лв., а със субсидията от МЗ съответно 39 515,55 лв. Посочените съотношения могат да се представят графично на Графики 19 и 20.

**Графика 19: Обща приходно – разходна съпоставка между
МБАЛ „Доверие“ АД и МБАЛ „Св.Ив.Рилски“ ЕАД
за период от 1 година (база 2007 г.)**



**Графика 20: Приходно – разходна съпоставка на легло между
МБАЛ „Доверие“ АД и МБАЛ „Св.Ив.Рилски“ ЕАД
за период от 1 година (база 2007 г.)**



Разликата от близо два пъти по-голям приход на легло, демонстрирана на Графика 20, може да се обясни с няколко фактора – неразвитата леглова база на МБАЛ „Доверие“ на фона на сравнително по-високия леглооборот, несъвършенствата на методиката на финансиране по клинични пътеки в съчетание с годишно субсидиране от Министерство на здравеопазването, сравнително по-тромавото управление на финансовите потоци в държавната болница и т.н. По-съществено в случая е, че като малка частна болница МБАЛ „Доверие“ АД съумява да бъде по-ефективна в приходната си част въпреки значително по-малкия си ресурс.

По отношение на разходната част съотношенията остават същите – съответно 60 254,23 лв спрямо 37 660 лв за едно легло, което показва, че и двете болници имат реална ценова оценка на предлаганите здравни услуги и реализират разходите спрямо размера на приходите си. Прави впечатление, че МБАЛ „Доверие“ АД реализира съпоставима с референта номинална печалба, която се дължи на „приходи от други източници“ (съгласно Таблица 19) и вероятно е планирана в инвестиционната политика на изграждащата се болница.

Сравнението на посочените по-горе финансовите показатели на двете лечебни заведения демонстрира, че референтното лечебно заведение реализира по-високи приходи, което съответства на по-развитата леглова база, по-големия обхват на дейността и възможността за държавна субсидия. За първите години на дейността си, които съвпадат с анализирания период, МБАЛ „Доверие“ АД се представя изключително добре във финансовото отношение, като съумява да покрие разходите си и даже да реализира печалба, съпоставима по размер с тази на референта. На база средно за легло МБАЛ „Доверие“ АД постига близо два пъти по-висок приход от референта, което е израз на добро финансово управление. Същевременно и разходите средно за едно легло са близо два пъти по-високи спрямо тези на референта въпреки факта, че разходите за преминал болен остават по-ниски. Подобна диспропорция може да бъде причинена от различни фактори (нужда от инвестиции, свързани с високи разходи, ниска използваемост на леглата и т.н.).

3.3.2. Бенчмаркинг на ниво клинични звена

3.3.2.1. Описание на дейността на референтните клинични звена на МБАЛ "Св.Ив.Рилски" ЕАД (2006-2007 г.)

а) Клиника по гастроентерология

Към 31.12 2006 клиниката по гастроентерология е имала 39 легла или 15,8 % от общата леглова база на болницата. Към 31.12.2007 клиниката е имала 40 легла или 14,5 % от общата леглова база. (78) В отделението са работили 20 лекари, като ръководител на клиниката е бил хабилитиран професор с две специалности. В клиниката са защитени 7 кандидатски и 4 докторски дисертации. Всички преподавателски кадри са били на специализации в различни страни - Франция, Германия, Англия, Холандия, Япония, Русия, Австрия, Кипър, Белгия и др. (77) Стационарът на клиниката е включвал 40 легла с две отделения (за чернодробно-жлъчни заболявания, за стомашно-чревни и панкреасни заболявания), както и сектор за интензивно лечение и наблюдение, обособени отделения и сектори по "Оперативна ендоскопия", "Терапевтична ехография", "Диагностика, лечение и проследяване на Вирусните хепатити", "Молекулярна диагностика", "Експериментална имунохистохимия", "Диагностика, лечение и проследяване на болните с порфирии в България". Бил е разкрит диспансер за подготовка на болни за чернодробна трансплантация. Клиниката е изпълнявала за разглеждания период всички заплатени от НЗОК 21 клинични пътеки (съответно № 24 – 44, включени в НРД 2006 и 2007 г.). В клиниката са се извършвали и високоспециализирани дейности в областта на хепатологията - слепи и насочени чернодробни биопсии, определяне на антигените и антителата на причинителите на вирусните хепатити - В, С и D, както и качествено и количествено определяне на нуклеиновите киселини като белези за размножаване на вирусите. В Сектора по абдоминална ехография освен класическите изследвания са се извършвали доплерови изследвания и ехоендоскопии. Лечението на първичните и метастатични неоплазми е било чрез алкохолизация, термоаблация, локална апликация на интерлевкин - 2. Рутинно под ехографски контрол са се провеждали дренаж на течни колекции и кисти.

В Отделението по терапевтична ендоскопия са се извършвали полипектомии от всички раздели на храносмилателния тракт, аргонплазмена коагулация (АПК) на плоски новообразувания, ендоскопска хемостаза посредством АПК и локално инжектиране на андреналин. Вариците на хранопровода са се третирали чрез връзкова лигация, склерозиране, АПК. Стенозите на храносмилателния тракт и ахалазията са лекувани чрез балонна дилатация. Третирането на хемороиди се е извършвало чрез връзкови лигации и склерозиране. Ендоскопската диагностика и лечение на жлъчните и панкреасните заболявания са включвали ЕРХПГ, папилосфинктеротомии, билиарен дренаж, поставяне на стентове. Разработен е и имунохистохимичен метод за двойно оцветяване антигените на "В" и "С" вирус и олигоаденилатсинтетаза. Имунохистохимично се определя експресията на МхА протеин в тъкани.

б) Клиника по терапия на вътрешните болести и клинична фармакология (ТВБКФ)

Към 31.12 2006 клиниката по ТВБКФ е имала 30 легла или 11,5 % от общата леглова база на болницата. Към 31.12.2007 клиниката е имала съответно 30 легла или 10,9 % от общата леглова база. В клиниката са работили 15 лекари, като ръководител на клиниката е хабилитиран доцент с две специалности. Отделението по клинична фармакология също се е ръководило от хабилитиран професор с две специалности. (78)

Първоначално към нея е била сформирана и Лаборатория по фармакокинетика, както и Сектор за лечение на чужди граждани с езикова подготовка на лекувания персонал на гръцки и арабски език. Клиниката е функционирала като общопрофилна клиника в състава на Катедрата по вътрешни болести с три отделения: Отделение по нефрология с диспансер за имунни нефропатии и кардиологичен сектор, Отделение по гастроентерология с ендокринологичен сектор и диспансер и Отделение по клинична фармакология и фармакокинетика. (77)

Клиниката е била база за обучение по вътрешни болести (гастроентерология и нефрология), обща медицина и клинична фармакология. Научно-изследователската работа в клиниката се е осъществявала в следните направления: проблеми в патогенезата и лечението на имунните нефропатии; бъбречна недостатъчност и

медикаменти; фармакокинетика и фармакодинамика на нови лекарствени средства; популационни фармакокинетични подходи и фенотипизиране; проблеми при захарния диабет; антибактериално и антихипертензивно лечение; кардиологични, нефрологични и гастроентерологични проблеми при системни заболявания на съединителната тъкан; изпитване на новосъздадени български лекарства и др. (78)

3.3.2.2. Описание на дейността на анализираното отделение на МБАЛ „Доверие“ АД (2006-2007 г.)

• Отделение по вътрешни болести

За периода на бенмаркинга отделението по вътрешни болести е разполагало с общо 13 легла, разпределени в кардиологичен сектор (2 легла + 1 за активно наблюдение) , гастроентерологичен сектор (8 легла) и нефрологичен сектор (2 легла). (76) В отделението са работили общо 8 лекари – началник на отделението с втора призната специалност по кардиология и 7 ординатора с призната специалност „вътрешни болести“. Сред ординаторите 1 е бил с втора призната специалност „ревмокардиология“, 4ма с втора специалност „гастроентерология“ и 1 с „нефрология“.

През 2007 година отделението е извършвало следните дейности по 2 кардиологични пътеки - №52 и 55, по 6 гастроентерологични - № 26, 28, 30, 32, 33 и 34 и по 3 нефрологични - № 61, 68 и 74 (76) – виж и Приложение II (подробно описание на посочените клинични пътеки може да се намери на официалната страница на НЗОК като приложение от Националния рамков договор за 2007 г. - (79)):

○ Кардиология:

- Остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност III и IV функционален клас без механична вентилация;
- Болнично лечение на перикардити, перикардни изливи, миокардити и кардиомиопатии, включително рецидиви;

○ Гастроентерология:

- Високоспециализирани интервенционални дейности при заболявания на гастро-интестиналния тракт (ГИТ);
- Болнично лечение на заболявания на горен ГИТ, включително малнутриция;

- Диагностика и предоперативно стадиране на онкологични заболявания на горен ГИТ;
- Болнично лечение на заболявания на долен ГИТ;
- Диагностика и предоперативно стадиране на онкологични заболявания на долен ГИТ;
- Болнично лечение на заболявания на хепато-билиарната система и перитонеума;
- Болнично лечение на заболявания на черния дроб, включително холестатичен синдром;
- Диагноза и диференциална диагностика на онкологични заболявания на черния дроб;
- Болнично лечение на чернодробна недостатъчност, енцефалопатна чернодробна кома, асцит, прогресираща цироза, цироза с първичен карцином и т.н;
 - **Нефрология**
- Болнично диагностично уточняване на оплаквания от бъбречно естество;
- Болнично лечение на остра или хронична бъбречна недостатъчност с или без системни усложнения;
- Болнично лечение на бъбречни колики;

3.3.2.3. Бенчмаркинг по обхват на дейността на ниво клинични звена

По отношение на лечебно-диагностичната дейност в областта на гастроентерологията в гореизложеното могат да се открият някои разлики между анализираното и референтното отделение. Клиниката по гастроентерология на МБАЛ „Свети Ив. Рилски“ ЕАД е може би една от най-популярните в страната. Към разглеждания период (което в голяма степен важи и днес) клиниката се е специализирала в лечение на сравнително тежка патология на черния дроб – хронични хепатити, диагностицирани и проследявани чрез собствена диагностична високотехнологична лаборатория, първични и метастатични чернодробни тумори, лекувани по ендоскопски път, сектор за подготовка за чернодробна трансплантация и т.н. По отношение на другите заболявания на стомашно-чревния тракт се е предлагал (както и сега) широк набор от ендоскопски диагностични и лечебни процедури на при трудни клинични случаи – варици на хранопровода,

плоски новообразувания, стенози и ахалазии на хранопровода, стентирание на жлъчни пътища и пр. Същевременно клиниката работи и по друга, по-лека патология като дренажи на кисти, хемороиди (при липса на хирургично звено) и пр.

Секторът по гастроентерология на МБАЛ „Доверие“ АД от своя страна е работил по 6 клинични пътеки, които покриват на практика голяма част от заболяванията на гастро-интестиналния тракт, показани за хоспитализации. Последната пътека (№ 34 - болнично лечение на чернодробна недостатъчност) е в областта на палиативната терапия и продължителното лечение. Дейностите по клинична пътека № 26 (заболявания на горния ГИТ) и № 30 (заболявания на тънкото и дебелото черво) са по-скоро диагностични, основно по ендоскопски път с лечение поставяне на сонди или медикаментозно. Прави впечатление, че спрямо списъкът от клинични пътеки, които НЗОК е заплащала през 2007 г. липсват №27 – интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестиналния тракт с неголям обем и сложност, № 29 – болест на Crohn и улцерозни колити, № 31 – ендоскопско и медикаментозно лечение при остро кървене от гастроинтестиналния тракт, № 35 – хронични вирусни хепатити, № 36 – хронични чернодробни заболявания и № 37 – хронични диарии при лица под 18 годишна възраст. Към днешна дата тези пътеки без последната са включени в обхвата на дейностите (80) (виж и Приложение II).

От предоставените данни може да се направи заключението, че секторът се е специализирал през 2007 г. основно в ендоскопски диагностични и лечебни процедури на гастроинтестиналния тракт, без обаче да включва по-тежка патология като хронични хепатити, фиброза и цироза на черния дроб, улцерозни колити, хронични диарии при деца и юноши и пр. (които се поемат от референтното лечебно заведение). Същевременно именно секторът по гастроентерология е представлявал основното звено в отделението по вътрешни болести на болницата и в течение на времето се е развил като самостоятелна структура. Очевидно в първите две години от дейността си секторът е заложил повече на модерните технологии за диагностика и инструментално лечение, което се подкрепя и от изпълняваните пътеки № 28 (високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на ГИТ) и № 32 (високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и

перитонеума). И двете пътеки за били заплащани през 2007 г. в най-голяма степен спрямо останалите в гастроентерологичната болнична помощ. (79)

По отношение на другите две области съпоставката спрямо референтната клиника е още по-асиметрична. Дейностите по **кардиология** и в двете структури са били обособени в сектори, без да представляват основно лечебно – диагностично направление. Все пак в Клиниката по вътрешни болести на МБАЛ „Свети Ив.Рилски“ ЕАД са се разглеждали проблемни кардиологични казуси при системни заболявания на съединителната тъкан и се е осъществявала научно-изследователска дейност в областта на хипертензивното лечение. Клиниката е била и база за клинични изпитвания на новоразработващи се български генерични лекарства, по-голямата част от които в областта на сърдечно-съдовите заболявания. В МБАЛ „Доверие“ АД секторът е изпълнявал само две пътеки (№52 - Остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност III и IV функционален клас без механична вентилация; и № 55 - заболявания на миокарда и перикарда) от общо 23, заплащани от НЗОК през периода. На база тази информация може да се направи заключението, че този сектор е бил по-скоро спомагателно звено към развиващия и стратегически важен хирургичен комплекс и съответно в течение на времето не се е развил значително (към днешна дата секторът има едва 8 легла и работи по 4 клинични пътеки).

По отношение на лечебно - диагностичните дейности в **нефрологията** Клиниката по вътрешни болести на „Св.Иван Рилски“ ЕАД е била значително по-добре развита (тази разлика се откроява и днес) със съществуващо специализирано отделение и диспансер по имунни нефропатии и научно-изследователски традиции в тази област. Секторът по нефрология на МБАЛ „Доверие“ АД е включвал само 2 легла и е изпълнявал 3 клинични пътеки (№ 61 - остър и обострен хроничен пиелонефрит; № 68 - хронична бъбречна недостатъчност при лица над 18 години, № 74 - консервативно лечение на продължителна бъбречна колика). За сравнение през 2007 г НЗОК е заплащала общо 10 нефрологични клинични пътеки. По аналогия с кардиологията и тук фокусът попада върху сравнително некомплицирани случаи.

Извършената съпоставка дава основание да се обобщи, че анализираното отделение на МБАЛ „Доверие“ АД е изпълнявало и в

трите клинични дисциплини дейности, свързани с по-лека патология на преминалите пациенти. Акцентът в лечебно-диагностичната дейност на отделението е паднал върху върху ендоскопските процедури, което в голяма степен важи и днес. Дейностите по гастроентерология са се развили впоследствие до степен на самостоятелно отделение със значителен принос към пациенто-потока на болницата и изпълнение в почти пълен обем на финансираните от НЗОК клинични пътеки. Специализацията на референтната клиника по гастроентерология в областта на по-тежката патология до степен на пазарен лидер дава идея за конкурентен бенчмаркинг. Анализът на дейността на референтната клиника по вътрешни болести, нефрология и хемодиализа също така дава насоки за маркетингово проучване с оглед развитие на вътрешните специалности от страна на МБАЛ „Доверие“ АД.

3.3.2.4. Бенчмаркинг по показатели за дейността на сравняваните клинични звена

По отношение на показателите на дейността в анализираното и референтните звена също така могат да се отбележат някои разлики, посочени на Таблица 21.

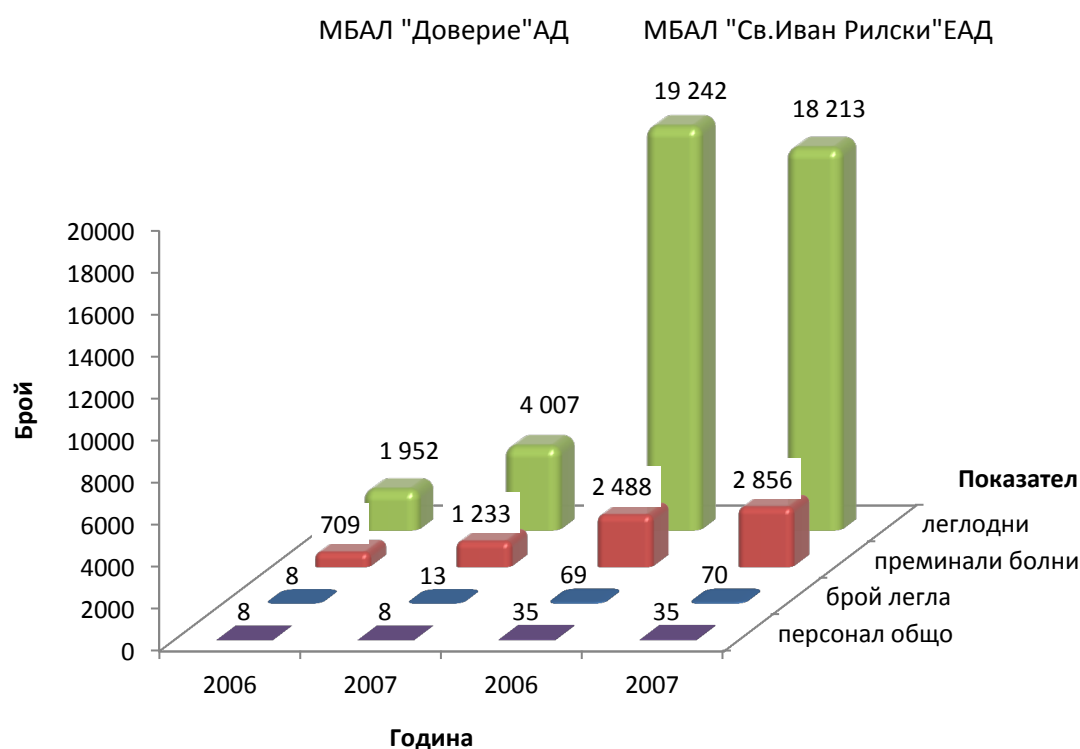
Таблица 21: Сравнение на анализираното вътрешно отделение спрямо референтните звена по гастроентерология и вътрешни болести по показатели за дейността (2006 – 2007 г.)

Показатели	МБАЛ „Доверие“ АД		МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД					
	Вътрешно отд.		КЛ. ГЕО		КЛ. ВБ		Общо	
Структура	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Години	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Брой лекари	8	8	20	20	15	15	35	35
Брой легла	8	13	39	40	30	30	69	70
Брой преминали болни	709* /139 /466 /104	1233* /84 /1012 /137	1 400	1 661	1 088	1 195	2 488	2 856
Брой проведени леглодни	1 952	4 007	10 970	10 379	8 272	7 834	19242	18213
Среден престой в дни	2,75	3,24	7,84	6,25	7,60	6,56	7,72	6,41
Използваемост в дни	244	364	281,28	259,48	275,73	261,13	278,5	260,3
Използваемост в %	66,84	99,7	77,06	71,09	75,54	71,54	76,3	71,32
Оборот на леглата	88,62	112,09	35,90	41,53	36,27	39,83	36,08	40,68
Постъпили болни	709	1 233	1 397	1 661	1 088	1 195	2 484	2 856
Изписани болни в т.ч.:	706 /138 /465 /103	1 229 /83 /1009 /137	1 390	1 656	1 087	1 194	2 477	2 850
оздравели	3	21						
с подобрене	697	1 204	1 390	1 656	1 087	1 194	2 477	2 850
Преведени в други ЛБЗ	-	-	-	-	-	-	-	-
Повторен прием	-	-	-	-	-	-	-	-
Починали брой Леталитет %	3* /1 /1 /1	4* /1 /3 /0	10	5	1	1	11	6
Леталитет в %	0,42	0,32	0,71	0,30	0,09	0,08	0,44	0,21
Съвпадение на диагнози	100%	94,87%	-	-	-	-	-	-
Инвазивни процедури в ГЕ	70	96	-	-	-	-	-	-

*съответно в разбивка като 1) кардиологични/
2) гастроентерологични/
3) нефрологични пациенти

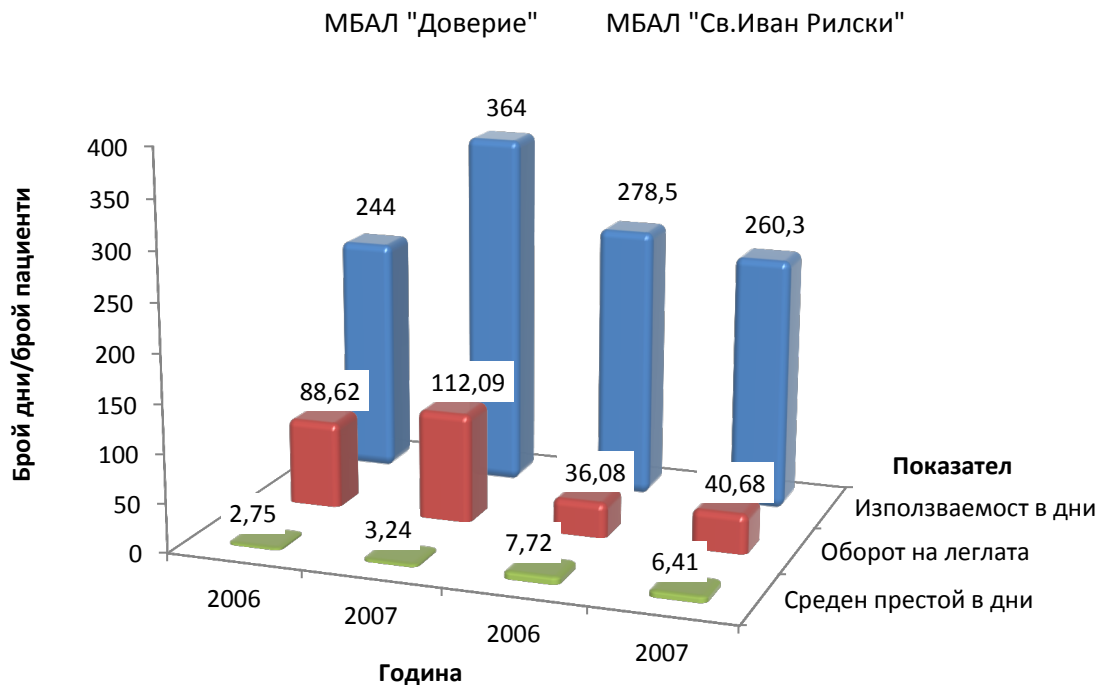
Посочените данни могат да се представят и в графичен вид, както е показано на Графика 21.

Графика 21: Графична съпоставка на анализираното вътрешно отделение спрямо референтните звена по гастроентерология и вътрешни болести (сборно) по показатели за дейността (2006 – 2007 г.)



От посочените данни може да се заключи, че вътрешното отделение на МБАЛ „Доверие“ АД изпълнява с 4 пъти по-малък човешки ресурс и 8 пъти по-малък леглови фонд едва два до три пъти по-малко дейност по отношение на преминалите болни, съответно и с по-малък брой реализирани леглодни (през 2006 г. 10 пъти по-малко). Както беше посочено по-горе, обяснението на тази разлика се крие в по-леката патология на пациентите на вътрешно отделение на МБАЛ „Доверие“ АД, която за периода е залагала повече на бързия оборот на малкия си леглофонд с кратък престой и висока заетост. Посочената корелация може да се представи графично, както е показано на Графика 22.

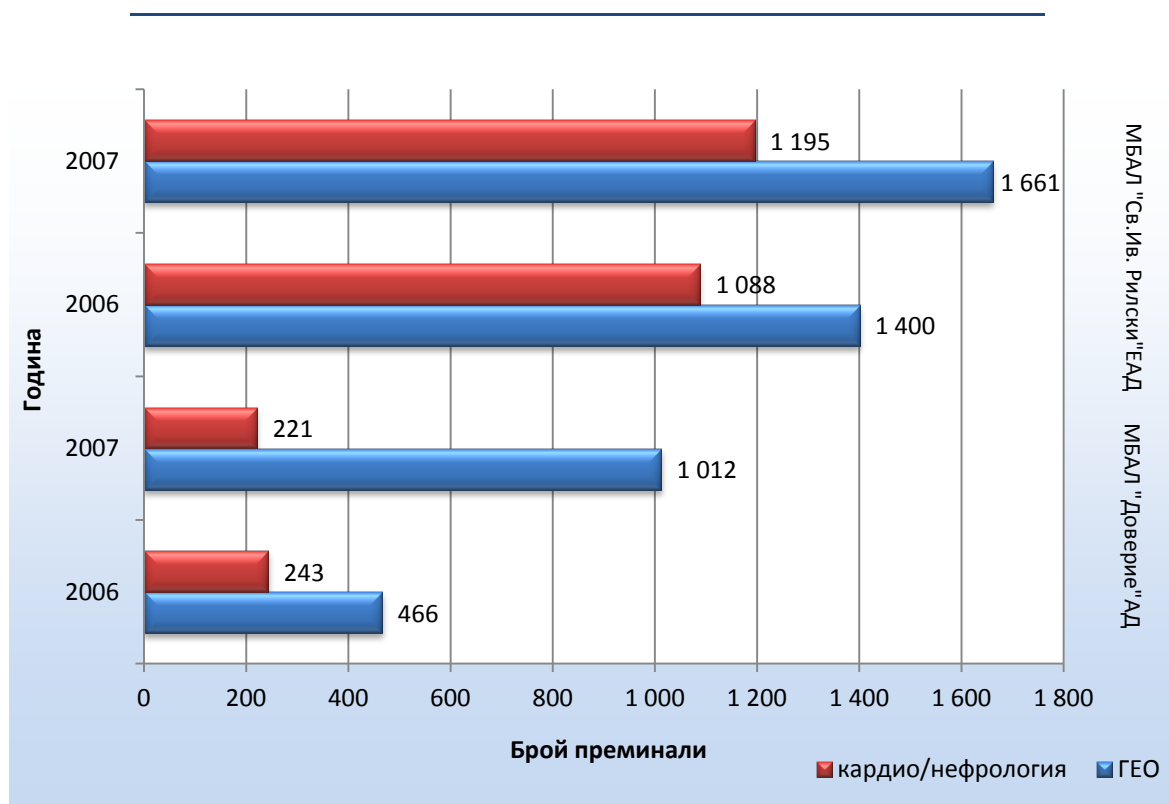
Графика 22: Сравнение между анализираното вътрешно отделение и референтните звена по гастроентерология и вътрешни болести (сборно) по използваемост на леглата, леглооборот и среден престой (2006 – 2007 г.)



В подкрепа на гореказаното, както е демонстрирано и на Графика 22, разликите между използваемостта на анализираното и референтните звена е отчетлива. Леглооборотът в МБАЛ „Доверие“ АД е три до четири пъти по-висок от този на референта, а през втората година се постига почти 100 % използваемост на леглата.

В унисон с това са и данните от преминалите пациенти по диагностични направления (гастроентерологични спрямо кардиологични и нефрологични), както е показано на Графика 23.

Графика 23: Сравнение на брой преминали болни по диагностични направления между анализираното вътрешно отделение и референтните звена по гастроентерология и вътрешни болести (2006-2007 г.)



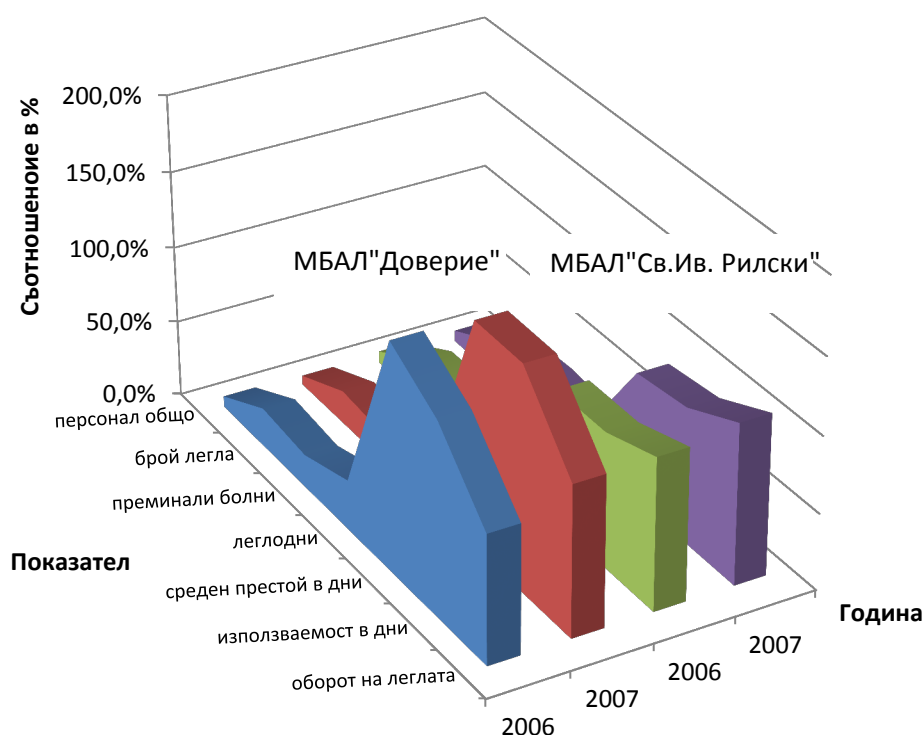
Както личи и от Графика 23, МБАЛ „Доверие“ АД обслужва основния си поток пациенти в направлението „гастроентерология“, докато МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД поддържа по-голям паритет между двете направления (кардиология/нефрология спрямо гастроентерология) и така съумява да обслужи равномерно и трите контингента за периода.

3.3.2.5. Принос на анализираното и референтните звена към цялостната дейност на болницата

Наличните данни позволяват да се направи още една съпоставка за разглеждания период. Съотношението (в проценти) между идентични показатели за отделението и за цялата болница изразява дела или приноса на отделението по този показател. Така например в разглеждания случай през 2006 г. (виж и Графика 23) във Вътрешно отделение на МБАЛ „Доверие“ АД се намират 7,1 % от персонала на болницата и 25,8 % от леглата. С тези ресурси отделението реализира 21,8 % от преминалите болни и 32,9 % от леглодните. Средният

престой на болните е 150,3 % от средния на болницата, тоест 1,5 пъти по-дълъг. Респективно използваемостта на леглата в отделението е 127,5 % от тази на болницата (1,27 пъти повече), а леглооборота – съответно 84,7 % (0,8 пъти по-малък). По аналогия могат да се интерпретират и съотношенията в тези показатели за звената на МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД. Интерес обаче представлява сравнителния анализ на посочените съотношения за анализираното и референтните звена. Този анализ може да се изрази графично, както е показано на Графика 24, съответно за 2006 и 2007 г.

Графика 24: Сравнение на съотношенията в показателите на отделното звено спрямо идентичните за болницата, определени за МБАЛ „Доверие“ АД и МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД (2006 – 2007 г.)



	персонал общо	брой легла	преминал и болни	леглодни	среден престой в дни	използва емост в дни	оборот на леглата
■ 2006	7,1%	25,8%	21,8%	32,9%	150,3%	127,5%	84,7%
■ 2007	6,1%	22,0%	18,5%	27,4%	147,9%	147,1%	99,2%
■ 2006	7,7%	28,0%	28,1%	24,9%	88,2%	88,1%	100,0%
■ 2007	7,3%	25,4%	26,9%	22,3%	83,7%	88,2%	105,6%

Както беше вече отбелязано, вътрешно отделение на МБАЛ „Доверие“ АД разполага с 7,1 % / 6,1 % от персонала на болницата и 25,8 % / 22 % от легловия фонд съответно през 2006 / 2007 г. С този ресурс отделението реализира 21,8 % / 18,5 % от преминалите през болницата болни. Със съпоставим ресурс (7,7 % / 7,3 % персонал и 28 % / 25,4 % леглова база) двете референтни отделения успяват да допринесат с 28,1 % / 26,9 % за броя на преминалите пациенти, което за 2007 г. е 8 % разлика в полза на МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД. Същевременно анализираният отделение ангажира средно 30 % (32,9 % / 27,4 %) от отчетените леглодни на болницата, което се различава от двете референтни отделения с около 7 %. По отношение на съотношенията в средния престой Вътрешно отделение на МБАЛ „Доверие“ АД потребява 1,5 пъти по-голям ресурс от този за болницата, докато двете референтни отделения отчитат едва 88,2 % / 83,7 % от общия показател на МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД. Използаемостта в дни е по-висока от общата за болницата в анализираният отделение, докато в референтните е по-ниска.

Посочените съотношения показват, че **относителната ефективност** на анализираният отделение в МБАЛ „Доверие“ АД, измерена чрез съпоставка на показателите за дейността спрямо общите за болницата е **по-малка** от тази на референтните отделения. Прави впечатление, че Вътрешно отделение потребява повече ресурс отколкото предполага делът му в структурата (като леглодни и среден престой), а приносът му към общия брой лекувани болни и за двата разглеждани периода се движи под очакванията. Референтните отделения от друга страна реализират принос, който отговаря на мястото им в структурата, при това при потребяване на относително по-малък ресурс (като леглодни и среден престой). По отношение на използваемостта на леглата (в дни) анализираният отделение уплътнява по-добре леглофонда си в сравнение с цялата болница, докато при референтните звена съотношението е под 100 %. Леглооборотът и в двата случая се доближава до общия среден на двете болници.

Извършената съпоставка на съотношенията между показателите на дейността най-общо показва, че анализираният отделение съумява с ограничения си технически и човешки ресурс да реализира относително по-висок пациентопоток спрямо референтните. Насочеността към по-лека патология обуславя кратък престой и висок леглооборот, което в

крайна сметка води до по-добра използваемост на малкия леглофонд. Анализираният отделение реализира относително повече леглодни спрямо референтните, което е свързано и с по-голям среден престой. Това обаче не кореспондира с приноса му към общия брой преминали пациенти в болницата – показател, по който референтните отделения се представят по-добре.

В заключение може да се отбележи, че бенчмаркингът трябва да се разглежда основно като инструмент за откриване на добри пазарни практики сред конкуренцията, които да бъдат възприети в анализиранията структура. В конкретния случай на база съпоставка на идентични параметри – обхват и метрични показатели на дейността, както и финансови измерители, между сходни структури, бяха постигнати резултати, които отговарят на главната цел на бенчмаркинга. Откритите различия спрямо референтната болница МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД могат да бъдат използвани за целите на маркетинговото и стратегическо планиране в МБАЛ „Доверие“ АД.

4. Анализ на пазарните позиции на МБАЛ „Доверие“ АД. Насоки за разработване на маркетингов план.

4.1. Източници на данни за пазара на здравни услуги в системата на здравеопазването в България

Първият етап във всяко едно маркетингово планиране е анализа на пазарната ситуация, като за целта трябва да бъдат събрани специфични данни за търсенето и предлагането на дадена здравна услуга. Част от тези данни могат да бъдат открити в публично достъпни източници, макар и не във вида, който да обслужва разработването на маркетингов план. Друга част може да бъде получена на база договор със специализиран доставчик по предварително зададени от възложителя критерии.

Както беше посочено в Глава I (виж раздел 5.2.1.2.3), източниците на пазарни, по-често вторични данни, трябва да отговарят на определени критерии. Не бива обаче да се пропуска фактът, че повечето достъпни източници в България не обслужват маркетингови цели и следователно не отговарят в пълна степен на тези критерии. Затова в тази информация са възможни определени дефицити, които могат да се попълнят единствено чрез целенасочени маркетингови проучвания.

4.1.1. Възможни източници на пазарни данни в България. Оценка на тяхната информативност.

В публично достъпните печатни и електронни информационни масиви може да се намери достатъчно информация, която би била полезна за маркетингови цели. В резюме са представени на Таблица 22 възможните налични източници на такава информация.

**Таблица 22: Възможни източници на пазарни данни
в сектора на здравните услуги в България, оценени по
специфичност, обхват и други критерии**

№	Източник / Вид документ	Специфичност	Обхват	Други критерии
1	МЗ: Концепция за по-добро здравеопазване	Липсва	Национален и ретроспективен	Стратегическа насоченост за продължителен период от време
2	МЗ: Проект на Национална здравна карта	Специфични данни за пазарната конкуренция	Регионален съобразно административните области	Задълбоченост и изчерпателност, с бърза загуба на актуалност
3	МЗ: Национална здравна стратегия	Липсва	Национален за 5 годишен период	Стратегическа насоченост за продължителен период от време
4	НСИ: Здравеопазване 2011 г	Специфични данни за смъртност и заболяемост по причини, данни за леглова база по области за всяка терапевтична област	Регионален по административни области	Основно статистическа насоченост
5	НЗОК: Финансиране на болници за 2007-2011 и годишна прогноза за 2012 г	Специфични данни за абсолютния дял на разпределение на публични финансови средства по болници	Регионален и поименен по болнични заведения с договор с НЗОК за една година	Задълбоченост и изчерпателност, добра ретроспекция за 5 год., с прогнозно значение
6	НЗОК и БЛС: НРД и договор за цени и обеми по КП	Специфични данни за цените по дейности и размерът на пазара по нозологии	Национален за една година	С кратковременна давност, липсват данни за по-стари периоди
7	Други публични източници (Публикации, репортажи и т.н)	По-често неспецифични данни	По-често с по-голям обхват, но само като моментна снимка	Достоверност - вариабилна
8	Платени източници	Строго специфични и определени чрез предварително задание от възложителя	По-често с тесен обхват за конкретен сегмент и географска територия	Според самото задание – ретроспективни за дълъг период, с дълбочина на разреза, само за частно платени услуги и т.н.

Както е посочено в Таблица 22, различните източници имат различна специфичност, обхват и информативна стойност. Съобразно тези критерии по-надолу е представен по-задълбочен авторски анализ на всеки от тях поотделно.

4.1.1.1. Официални данни

а) Концепция за по-добро здравеопазване (81)

Тя дава общата рамка за развитие на здравеопазването на база ситуационен анализ от днешна гледна точка. През призмата на информативност относно пазарната ситуация за болнични здравни услуги концепцията отчита тренда в нарастване на хоспитализациите на фона на по-ниска средна продължителност на живота спрямо ЕС. Същевременно се критикува модела на финансиране и нерационалното въвеждане на пазарни механизми в здравеопазването. Интерес представлява посоченото в раздел Б по отношение на болничната помощ, което предвижда стимулиране на развитие на услуги като дневен стационар и миниинвазивни методи, съкращаващи болничния престой. Засегната е и стратегията за преструктуриране на болничната помощ, в която от маркетингова гледна точка са важни плановете за намаляване на броя на болниците, въвеждане на задължителна национална здравна карта и промяна на начина на публично финансиране чрез диагностично свързани групи.

б) Проект на Национална здравна карта (81)

Това е проектодокумент от раздела „Здравна реформа“ на сайта на Министерство на здравеопазването, който определя задължителния обем на лечебни заведения на територията на дадена област, както и минималния и максимален брой специалисти. Документът е интересен от маркетингова гледна точка поради предлаганото географско регулиране на здравните услуги, което позволява някои изчисления за целите на маркетинговото планиране. Така например при планиране на развитието на нова болнична здравна услуга може да се провери кои болнични заведения в дадената област предлагат тази услуга. Освен това са възможни и някои екстраполации за необходимостта от легла и специалисти в дадената област, тоест изчисляване на пазарния потенциал за тази болнична услуга.

с) Национална здравна стратегия 2008 – 2013 (82)

Този документ е по-скоро с оперативен характер и дава по-детайлна оценка на здравните показатели. В маркетингово отношение е интересна констатацията, че водещи причини за смъртност в страната са болестите на органите на кръвообращението (основно ИБС и инсулт), следвани от злокачествените заболявания. Също така интерес представлява фактът, че водещите по заболяемост причини са тези на дихателната система, следвани от тези на нервната система и органите на кръвообращението, както и нарастването на честотата на психичните заболявания. Двете статистики показват възможни пазарни ниши за развитие на здравни услуги, за които би имало търсене.

д) „Здравеопазване 2011“ на Националния статистически институт (65)

Справочникът на НСИ съдържа обемна и детайлна информация относно смъртността, заболяемостта и раждаемостта в национален и регионален план. Интерес представлява разделът, посветен на динамиката на показателите по региони, в който освен общи демографски данни може да се намери статистика за причините за смърт по области, а малко по – нататък – причините за заболяемост за някои нозологии (инфекциозни болести, злокачествени новообразувания и психиатрични заболявания). Справочникът дава и подробна информация за наличната болнична мрежа с легловата база по нозологии във всяка административна област в страната, както и на броя и вида здравни специалисти, което е добър ориентир при оценката на конкуренцията.

е) Изплатени средства на болнични лечебни заведения от НЗОК 2006 – 2011 г. и годишна прогноза за 2012 г. (79)

От маркетингова гледна точка това е може би най-ценният източник на пазарни данни, защото дава точна представа за пазарните дялове на всички болнични лечебни заведения в страната с публично финансиране, при това в ретроспекция от 5 години. Чрез някои допълнителни справки като например цена и обеми на дейностите (клиничните пътеки – виж по-надолу) на съответните ни конкуренти в дадената територия можем на база тези данни да направим изводи за пазарната ситуация в интересувания ни сегмент (размер, конкуренция,

териториално разпределение и пр.). Недостатъкът на информацията е, че дава поглед само върху публично финансиранния сектор

f) Национален рамков договор 2012 г и Договор за приемане на обеми и цени на медицинската помощ за 2012 г между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз (83)

Тези два документа дават яснота за условията на достъп до публичния пазар на здравни услуги, размерът на пазара по нозологии (клинични пътеки) и цената на всяка една дейност, заплащана със средства на НЗОК. В ръцете на маркетолога подобна информация може да бъде използвана за целите на вътрешното ценообразуване на дадена здравна услуга, както и да се определи сравнително точно цел (таргет) за продажби при пазарно навлизане в нов сегмент. Все пак този информационен източник не предоставя необходимия за един маркетингов план обхват, тъй като се отнася единствено за 2012 г. и то в прогнозен аспект. Аналогична информация за договаряните годишни цени и обеми на медицинска помощ между НЗОК и БЛС за периоди преди 2012 г. не е достъпна, което затруднява оценката на публично финансиранния пазар в динамика.

g) Други източници

Както посочват Прайд и Феръл, други възможни източници на пазарни данни могат да са публикации, интервюта, репортажи и пр. в печатните или електронни медии. (62) Те понякога дават конкретна и актуална от маркетингова гледна точка информация. Така например публикация във вестник „Капитал Daily“ през април 2012 г. прави доста обстоен преглед на средствата за болнична помощ, изплатени от НЗОК през 2011 г. (84) На база същия набор от данни са направени и анализите в раздел 3.2.3 на тази глава. Статия във вестник „Банкеръ“ пък третира проблемите на методиката на НЗОК за годишно разпределение на средствата за болници, които се обсъждат в подобен контекст в раздел 1.1 на Глава IV. (85) Интервю във вестник „Труд“ от май 2012 г. разглежда ситуацията на доброволните здравно-осигурителни фондове. (86) От тази публикация се разбира, че размерът на годишния пазар на здравни услуги с финансиране от тези фондове е 40 млн. лв., разпределян между 20 пазарни участника.

Като цяло източници на пазарни данни от типа на горепосочените могат да бъдат много полезни с прагматичната си насоченост и аналитичния си характер. Недостатъкът на подобни източници е, че информацията няма нужната за маркетинголога специфика и по-често дава (макар и съвсем актуален) само общ поглед върху ситуацията.

4.1.1.2. Данни с ограничен достъп и данни от платени източници

Освен публично достъпните източници за целите на маркетингови анализи могат да се използват и данни с ограничен достъп (по поръчка, платени на абонаментен принцип или еднократно и т.н.). За изследване на конкретна пазарна ниша са препоръчителни специално структурирани за целта проучвания, които се насочват към конкретна потребителска група, например пациенти, страдащи от определен вид заболяване.

Като пример може да се посочи извършено наскоро от частната маркетингова агенция Market Links платено анкетно проучване върху здравния статус на населението в България BG Population State of Health за 2012 г. (67) Според това изследване сред извадка от 1 200 анкетирани 6,5 % страдат от исхемична болест на сърцето, като процентът е значително по-висок сред хората на и над 60 години, съответно вероятно с ограничени доходи. 88,7 % от тези хора се лекуват медикаментозно, като 29,1 % плащат изцяло от джоба си, а при 60,4 % НЗОК покрива частично лечението. На езика на маркетинга това означава, че преобладаващата част от хората с ИБС в страната получават незадоволителна от лична и финансова гледна точка здравна помощ и следователно биха се насочили към алтернативна здравна услуга, която е напълно заплатена от НЗОК. В случая подобна услуга би била например коронаграфия с поставяне на стент. Очевидно разглежданата пазарна ниша е доста атрактивна, поради което се предлага от все повече интензивни кардиологични болнични звена именно на посочената целева група пациенти.

Изобщо платените маркетингови проучвания предлагат доста повече възможности за прецизни анализи и съответно изграждане на добри пазарни стратегии. Тяхното използване обаче е ограничено поради факта, че са твърде ресурсоемки. Обикновено до подобно проучване се

прибягва при разработване на нов, по-често иновативен маркетинг-микс – например навлизане на дадена болница в изцяло нова пазарна ниша с очаквания за бърз ръст и възвращаемост на инвестициите.

Направените по-горе анализи могат да се обобщат и в схематичен вид, представен на Таблица 23 (виж и Таблица 22).

Таблица 23: Оценка на възможния принос на източниците на пазарни данни в България за маркетинговото планиране

Източник	Възможен принос за маркетинговото планиране
МЗ: Концепция за по-добро здравеопазване	Дава стратегически насоки по отношение цялостното развитие на болничната помощ, включително публично финансиране
МЗ: Проект на Национална здравна карта	Дава ориентир за необходимите човешки ресурси и инфраструктура на болничната помощ в дадена административна област
МЗ: Национална здравна стратегия	Дава информация относно дългосрочните цели за реструктуриране на болничната помощ
НСИ: Здравеопазване 2011 г	Дава изчерпателна демографска информация по административни области, което позволява ориентиране в пазарни нужди, вкл. потенциални такива, както и вече съществуваща болнична инфраструктура
НЗОК: Финансиране на болници за 2007-2011 и годишна прогноза за 2012 г.	Дава много добра картина върху пазара на болнични услуги, финансиран с публични средства, но само за 1 година, без съответни анализи на преразход или икономия
НЗОК и БЛС: НРД и договор за цени и обеми по КП	Дава възможност за определяне на пазарен дял по терапевтични области, както и за бенчмаркинг на цената на дадена услуга в болничното портфолио, но само за една година
Други публични източници (Публикации, репортажи и т.н)	Позволява бърз ориентир по отношение на динамични променливи, например преразход на НЗОК по дадена нозология, но често липсва задълбоченост и исторически план
Платени източници	Най-високата възможна достоверност и информативност, като параметрите се задават от самия възложител в рамките на конкретно маркетингово планиране

4.1.1.3. Собствени данни

В много случаи лечебните заведения разполагат със собствен масив от данни, който е събиран в някакъв исторически аспект от функцията „Маркетинг“ за определени цели. Тези данни могат да бъдат ценни по отношение на развитите вече здравни услуги в портфолиото на болницата в случаите, когато се търсят възможности за допълнителен растеж. Същевременно подобни данни не биха имали особена стойност при планиране на качествено нова за заведението услуга, тъй като болницата няма опит и съответно натрупани исторически данни за тази пазарна ниша. Изобщо собствените данни могат да бъдат полезни, но не трябва да се разчита единствено на тях поради опасност от системни грешки.

4.2. Позиции на МБАЛ „Доверие“ АД на пазара на здравни услуги в системата на здравеопазване в България

Разгледаната в раздел 3.1 на тази глава информация не дава отговор на въпроса какви са пазарните позиции на МБАЛ „Доверие“ АД, съответно и на кои точно пазари оперира болницата. С помощта на разискваните източници на информация за пазара на здравни услуги могат да се направят някои анализи, които да отговорят поне донякъде на този въпрос. Така получената информация би била полезна и за разработването на маркетингов план на болницата. Същевременно трябва се отбележи, че подобни анализи са ограничени от естеството на самите изходни данни, които са събирани за съвсем други цели. В този смисъл разгледаното по-нататък определяне на пазарните позиции на МБАЛ „Доверие“ АД се нуждае от прецизиране чрез допълнителни анализи на база специализирани маркетингови проучвания.

4.2.1. Място и значение на МБАЛ „Доверие“ АД в Националната здравна карта на Министерство на здравеопазването

В предоставената в анкетната карта информация самата болница се определя с функциите на районна болница, оперираща в пределите на областта „София град“ (виж и Приложение IV). На територията на областта има 52 болници, от които 20 многопрофилни за активно лечение. Със своите 111 легла болницата съставлява 0,026 % от минималния необходим брой легла за областта и 0,016 % от

максималния. (81) Съответно по терапевтични области болницата със своите 53 хирургични легла има дял от 0,07 % от минималния брой легла за областта и 0,056 % от максималния. Същите дялове за терапевтичните 42 легла са 0,02 % и 0,012 % съответно. В акушеро-гинекологичния сектор дяловете за 10 легла са 0,02 % и 0,016 %. Посочените данни са демонстрирани и на Таблица 24.

**Таблица 24: Брой необходими легла за областта „София град“
съгласно Националната здравна карта на МЗ**

Вид болнични легла	Минимален брой	Максимален брой
За активно лечение	4 125	6 598
В т.ч. за реанимация и интензивно лечение	375	388
Терапевтични	2 063	3 397
Педиатрични	562	1 250
Хирургични	750	938
Акушеро-гинекологични	375	625
За рехабилитация, долекуване и продължително лечение	874	1 857
Общо	4 999	8 455

По данни на НСИ към 31.12.2010 г. фактически съществуващите на територията на София град болници са 52 с обща леглова база 8 917, като многопрофилните заемат 4 817 легла или 54 %. Леглата за активно лечение общо за областта са 6 931, а за долекуване – 1 272. (65)

Посочените данни показват, че областта „София град“ е със **свърхразвита** леглова база, която на практика надвишава максималния брой легла, определени чрез Националната здравна карта. Изключение прави легловата база за долекуване, която не е стигнала максимума. По аналогия осигуреността на населението с лекари в София е най-висока в страната – 44,7 на 10 000 души при обща средна стойност 37,3 на 10 000.

Същевременно за територията на областта броят на болничните лечебни заведения и в частност на многопрофилните болници също е твърде голям. В този смисъл всякакво по-нататъшно разширяване на легловата база в МБАЛ „Доверие“ АД трябва се прави с цел обслужване на болни предимно от провинцията или в сегменти, които

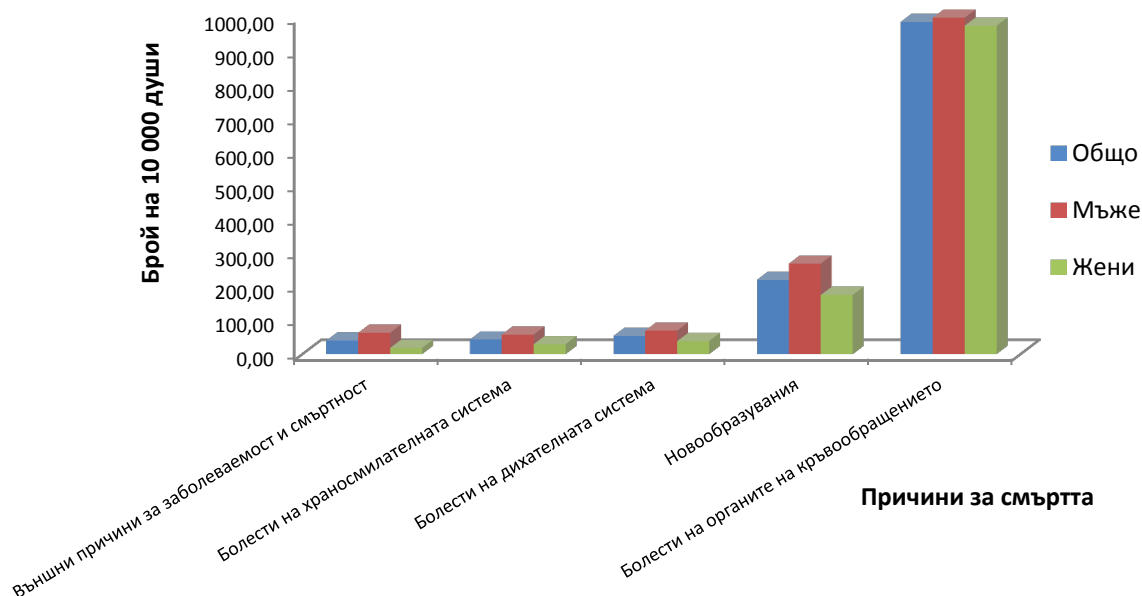
за момента не са развити съобразно нуждите на областта. Като пример може да се даде легловата база за **педиатрични** заболявания, която в момента е 216 легла при необходимост от поне 562. Интерес представлява и секторът за **долекуване**, който се намира в диапазона между минималния и максимален брой. Крайно ниският съществуващ брой легла за **дневен стационар** в областта – 104, предполага също така добра перспектива за развитие съобразно Концепцията за по-добро здравеопазване на МЗ (81).

Като дял от реалната легловата база в областта МБАЛ „Доверие“ заема под 1 % (0,0023 %). Това обстоятелство я поставя в позициите на **малък пазарен играч**, който трябва да търси възможности за развитие в незаети пазарни ниши, и то в ситуация на очаквани сериозни съкращения в болничната помощ.

4.2.2. Позиции на МБАЛ „Доверие“ АД спрямо данните за заболеваемост и смъртност в София и страната

Водеща причина за смъртността в областта „София град“ е болести на органите на кръвообращението – мозъчно-съдова болест, следвана от исхемична болест на сърцето и остър инфаркт на миокарда. Втората група причини са свързани със злокачествени новообразувания, основно на храносмилателната система, а третата – болести на дихателната система, основно хронични болести на долни дихателни пътища (65). Данните съвпадат напълно и с национално представените, както е демонстрирано на Графика 25.

**Графика 25: Данни за смъртността
общо за страната по основни причини през 2010 г.
(съгласно „Здравеопазване 2011“, НСИ)**



По отношение на заболяемостта водещи в национален план са заболяванията на дихателната система (38 %), следвани от тези на нервната система и органите на кръвообращението. (82) През последните години нарастват заболяемостта и болестността на злокачествените новообразувания, като на първо място са рак на млечната жлеза, рак на женските полови органи и на храносмилателната система. Най-висока честота на хоспитализация се наблюдава при хората над 65 годишна възраст.

С оглед на посочените данни здравните нужди в регионален и национален план са свързани основно с лечение на заболявания на органите на **кръвообращението, дихателната система и нервната система**. Сегашната специализация на МБАЛ „Доверие“ АД не покрива адекватно тези нужди. Терапевтичната леглова база на болницата заема под половината от общия брой легла, като съответните отделения по вътрешни болести и неврология съставляват едва 18 % от него (виж и раздел 2.3.2.1 на същата глава). Най-развитото отделение на болницата е гастроентерологичното, като същевременно болестите на гастро-интестиналния тракт не заемат водещо място по заболяемост и смъртност в областта и страната.

Специално внимание заслужава темата, свързана с **онкологичните** заболявания. Статистическата тенденция показва увеличаване на дела на злокачествените заболявания (82). Същевременно в чисто хирургичен аспект болницата не поставя акцент върху оперативното лечение на тези заболявания (през 2011 г. броят на оперативните интервенции, отчетени към НЗОК от болницата по повод онкологичен проблем е под 5 % от всички операции – виж и раздел 2.3.2.1.1 на същата глава). В този смисъл болничният мениджмънт може да развие дейността „онкохирургия“ (например коремна онкохирургия, което кореспондира със специализацията на болницата), като стъпи на вече разработената материална база и изградени специалисти. С особена стойност в тази насока могат да бъдат миниинвазивните оперативни техники, в които болницата вече е набрала опит. Като естествено допълнение към такава една нова дейност се оказва и съществуващото отделение по гинекология предвид водещата онкопатология като рак на млечната жлеза и на женски полови органи .

В заключение може да се отбележи, че МБАЛ „Доверие“ АД не отчита в структурата на своето портфолио регионалните и национални здравни потребности, което очертава интересни възможности за бъдещо развитие в тази насока.

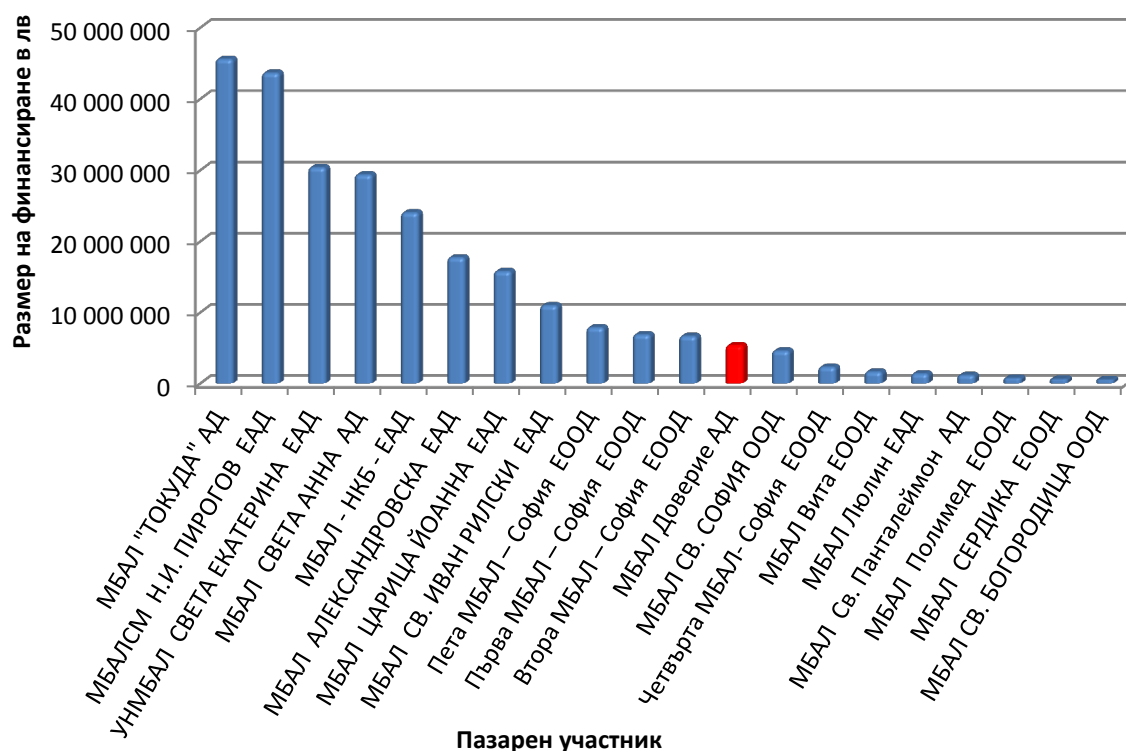
4.2.3. Общи позиции на МБАЛ „Доверие“ АД на пазара на здравните услуги, финансирани от Националната здравно-осигурителна каса

Както вече беше посочено, данните за финансиране на болничните лечебни заведения от НЗОК са изключително ценен от маркетингова гледна точка източник. С тяхна помощ може да се направи доста точна количествена оценка на пазарните позиции на МБАЛ „Доверие“ АД на публично финансиран пазар спрямо тази на конкурентни лечебни заведения за 5 годишен ретроспективен период. (87)

Настоящият анализ си поставя за цел моментна оценка на пазарните позиции на болницата, поради което ще се ограничи върху 2011 и прогнозния бюджет за 2012 г. Съгласно справката за областта „София град“ НЗОК (83) е изплатила през 2011 г. сумата от 376 245 992 лева за болнична помощ, което съставлява 31 % от общия бюджет за страната. От тази сума МБАЛ „Доверие“ е получила 5 345 400 лв. или 0,44 % от общия бюджет. С помощта на тези данни може да се определи пазарния

дял на МБАЛ „Доверие“ АД в публично финансирания здравен пазар. Само в групата на многопрофилните болници в областта „София град“, общо 20 на брой, изплатената сума е 257 326 249 лева. Спрямо нея дялът на МБАЛ „Доверие“ АД е **2,07 %**. За сравнение референтната болница МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД (използвана за бенчмаркинг в раздел 2.5.2 на същата глава) е усвоила близо два пъти повече средства – 10 978 074 лева, и заема пазарен дял от **4,26 %**. Пазарен лидер в групата е МБАЛ „Токуда“, следвана от МБАЛСМ „Пирогов“ и УНМБАЛ „Св.Екатерина“. В ранжировката „Доверие“ заема **17то** място сред всичките 74 болнични лечебни заведения от областта, а сред 20те си конкурента (МБАЛ) - **12то** място. Посочените зависимости са представени на Графика 26.

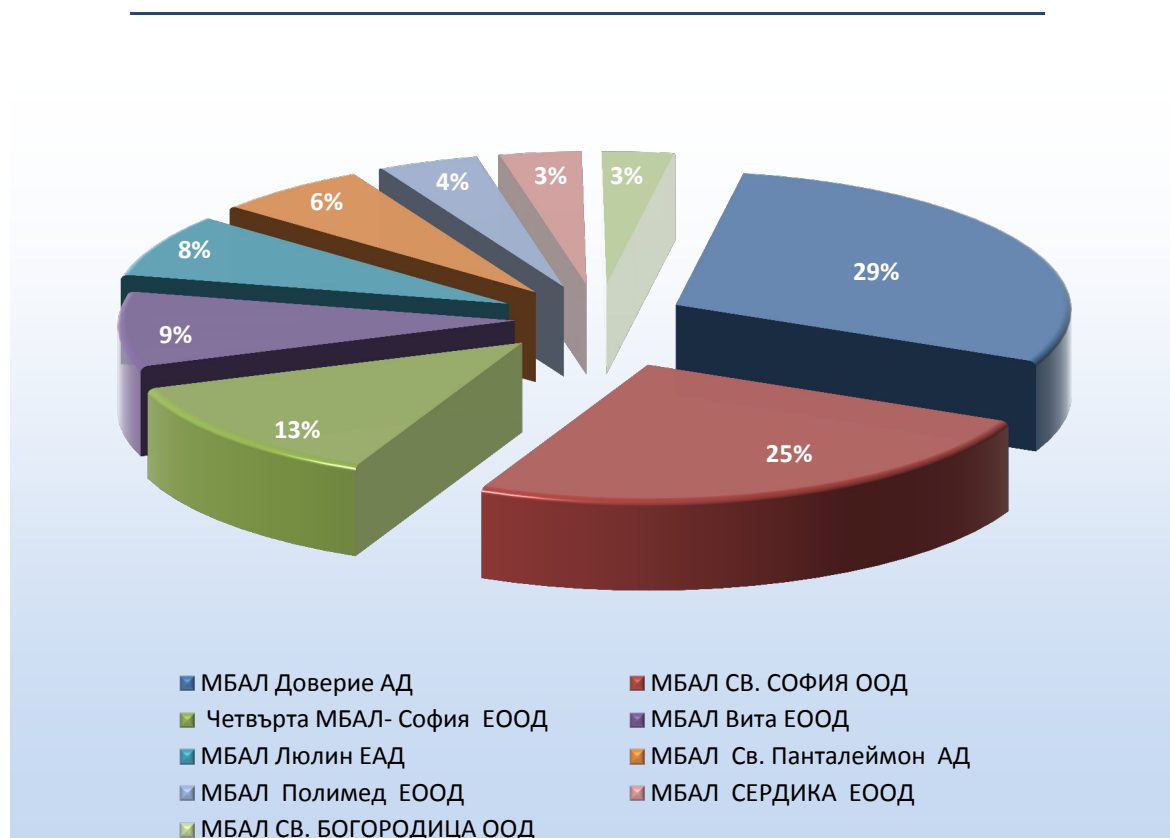
Графика 26: Класация на МБАЛ в „София град“ по размер на годишно финансиране от НЗОК (2011 г.)



Както се вижда и от Графика 26, пазарната позиция на МБАЛ „Доверие“ АД (в червено) е в категорията под 5,5 млн. лв. годишно публично финансиране, която я поставя в групата на сравнително малки и ниско финансирани от НЗОК столични болници.

Същевременно именно в тази група болницата е пазарен лидер по размер на финансовия приход (продажбите), демонстрирано на Графика 27.

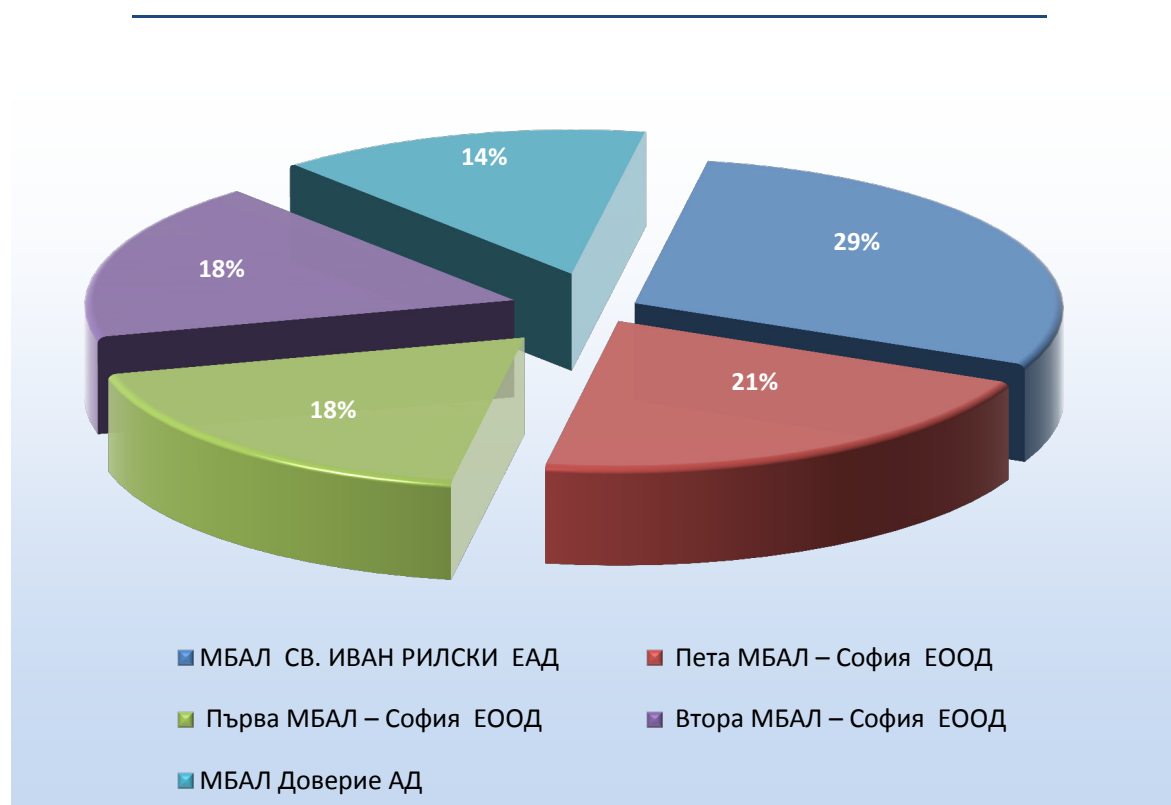
Графика 27: Относителен пазарен дял на МБАЛ в „София град“ с размер на годишно финансиране от НЗОК под 5,5 млн. лева (2011 г.)



В тази група с общ размер на годишно финансиране от 18 375 948 млн. лв. за 2011 г. МБАЛ „Доверие“ АД заема относителен пазарен дял от **29 %**. На Графика 27 прави впечатление, че преобладаващата част от групата са болници с частна форма на собствеността. Това обстоятелство ни дава основание да заключим, че в посочения пазарен сегмент (на малки частни многопрофилни болници с годишно финансиране до 5,5 млн. лв.), МБАЛ „Доверие“ АД се представя с конкурентни предимства, които му осигуряват **лидерски** позиции. Същевременно основната част от останалия финансов ресурс - 238 950 301 млн. лв., което е над **90 %** от цялата сума, отива при големите болници. Този факт дава повод за поглед към навлизане в друга пазарна категория - на по-голяма болница с по-висок размер на

финансирането (продажбите). При условие, че в рамките на следващия планов (3-5 годишен период) болницата съумее да увеличи своя пазарен дял с поне 5 %, тя би попаднала в следващата по размер на финансиране група - между 5,5 и 10,5 млн. лв. Пазарното разпределение в тази група е представено на Графика 28.

Графика 28: Относителен пазарен дял на МБАЛ в „София град“ с размер на годишно финансиране от НЗОК между 5,5 и 10,5 млн. лева (2011 г.)



На Графика 28 МБАЛ „Доверие“ АД е представена с актуалния си пазарен дял, който я поставя условно на последно място в тази група. За да бъде конкурентна тук, болницата трябва да увеличи размера на годишните си продажби поне с 25 %, което би я изравнило с най-малкия играч - Втора МБАЛ София – ЕООД. Лидер в групата е МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД, представена в раздел 2.5.2 на тази глава. За целта МБАЛ „Доверие“ АД трябва да мобилизира съответните ресурси, както и да се справи с тренда в **намаляване на финансирането** си от НЗОК. За сравнение през 2010 г. болницата е получила 5 785 113 лв, през 2011 г. - 5 345 400 лв., а 2012 г. (по прогнозен бюджет) - 4 663 485 лв. Тези цифри обаче трябва да се подложат на критична преоценка, тъй като не съвпадат с вътрешните разчети на болницата, която посочва

за 2011 г. например 4 819 000 лв. приходи от НЗОК. (виж раздел 2.3.3.1 на тази глава). Възможна причина за това е по-дългия отчетен период към НЗОК, който покрива 13 месеца. Независимо от всичко е налице **отрицателен** тренд в продажбите на болницата на публичния пазар, който трябва внимателно да се анализира и да бъде адресиран в маркетинговия план.

С помощта на представените данни може да се формулира сравнително реалистична маркетингова цел от 5 до 15 % ръст в продажбите на публично финансиран пазар за 3 до 5 годишен период, като се взаимстват добри практики от конкурентите (например от референтната болница МБАЛ „Св. Ив. Рилски“ ЕАД.) Най-важното условие за навлизане в следващия по размер пазарен сектор е сериозна инвестиция в материално-техническа база и човешки ресурси, което да приближи болницата до мащаба на другите играчи тук.

4.2.4. Пазарни позиции на МБАЛ „Доверие“ АД по отношение на вида и обема на оказваните здравни услуги, финансирани от Националната здравно-осигурителна каса през 2012 г.

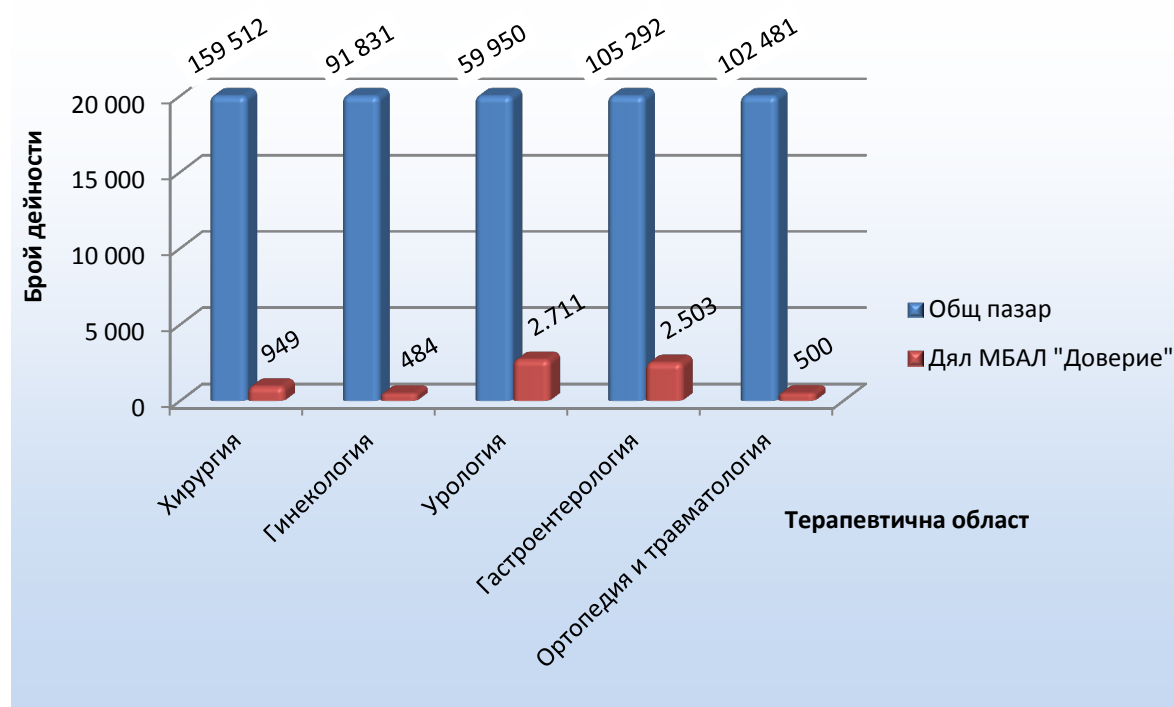
По силата на „Договор за приемане на обеми и цени на медицинската помощ за 2012 г. между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз (БЛС) в изпълнение на Националния рамков договор“ са определени цените и обемите на всички клинични пътеки съобразно бюджета на НЗОК. (83) Позицията на МБАЛ „Доверие“ АД може да се анализира по отношение на финансираните от НЗОК във всяка терапевтична област клинични пътеки като цена и прогнозен приход в рамките на общата предвидена сума. За целта се използват данните за отчетените от болницата към НЗОК клинични пътеки през 2011 г. (виж раздел 2.3.3.1 на същата глава) с допускането, че и през 2012 г. ще се запази същият обем на финансиране в рамките на делегирания на болницата бюджет от 4 663 485 млн. лв.²

В структурата на обслужвания от болницата пазар (общо 78 клинични пътеки, от които през 2011 г. са отчетени към НЗОК 63) МБАЛ „Доверие“ АД заема прогнозно през 2012 г. **1,702 %** пазарен дял по обем на дейността. Спрямо целия пазар, в който оперира болницата

² Както беше отбелязано в раздел 2.3.3.1. на тази глава, информацията за договаряните между БЛС и НЗОК годишни цени и обеми за периоди преди 2012 г. не е публично достъпна.

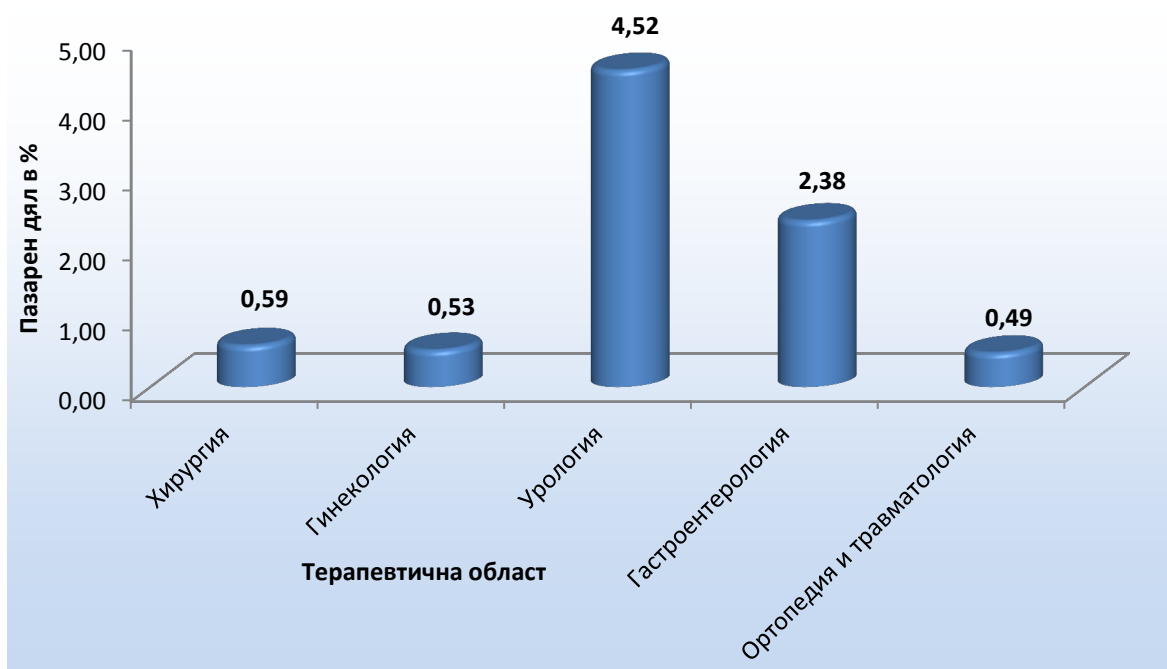
(обозначаван още като обслужван пазар – виж и раздел 5.2.1.2.4 на Глава I) този дял не е голям. Обемите на дейността варират в отделните терапевтични области, както е представено на Графика 29.

Графика 29: Обем на дейността на МБАЛ „Доверие“ АД в обслужваните терапевтични области (2012 г.)



На Графика 29 са показани договорените за 2012 г. лимити за обем дейност (тоест брой пътеки) между БЛС и НЗОК, както и изпълняваните от МБАЛ „Доверие“ АД обеми. На практика това представлява целия обслужван прогнозно (по обем) от болницата пазар в страната за 2012 г. Съответно на този пазар болницата заема различни дялове в отделните терапевтични области (сегменти), както е демонстрирано на Графика 30.

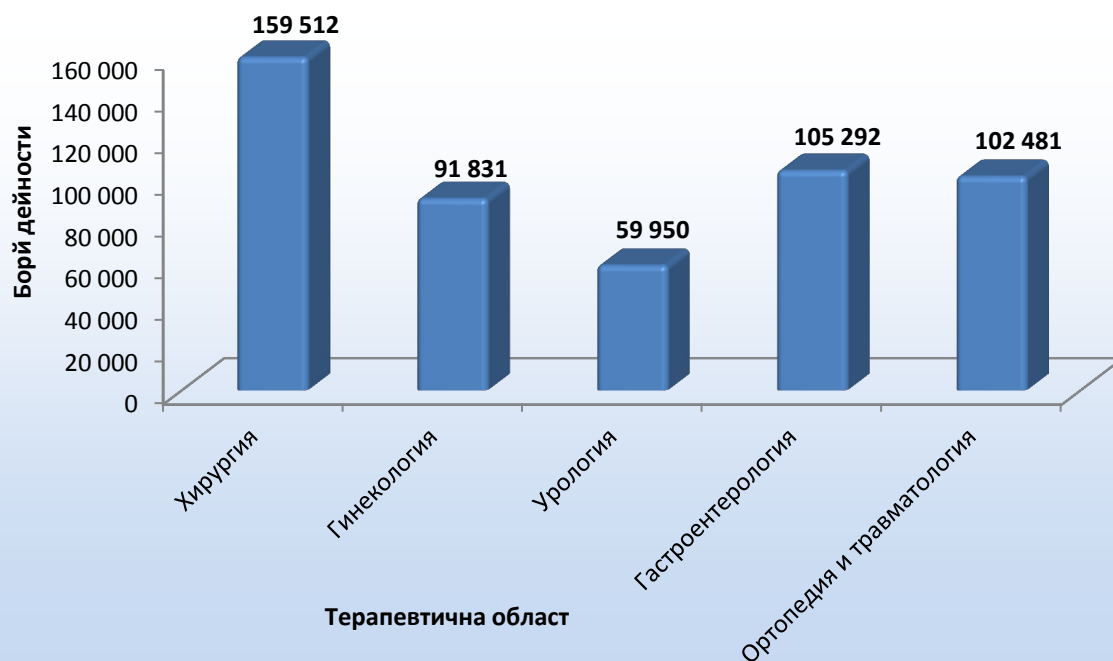
Графика 30: Пазарни дялове на МБАЛ „Доверие“ АД по обем в обслужваните терапевтични области (2012 г.)



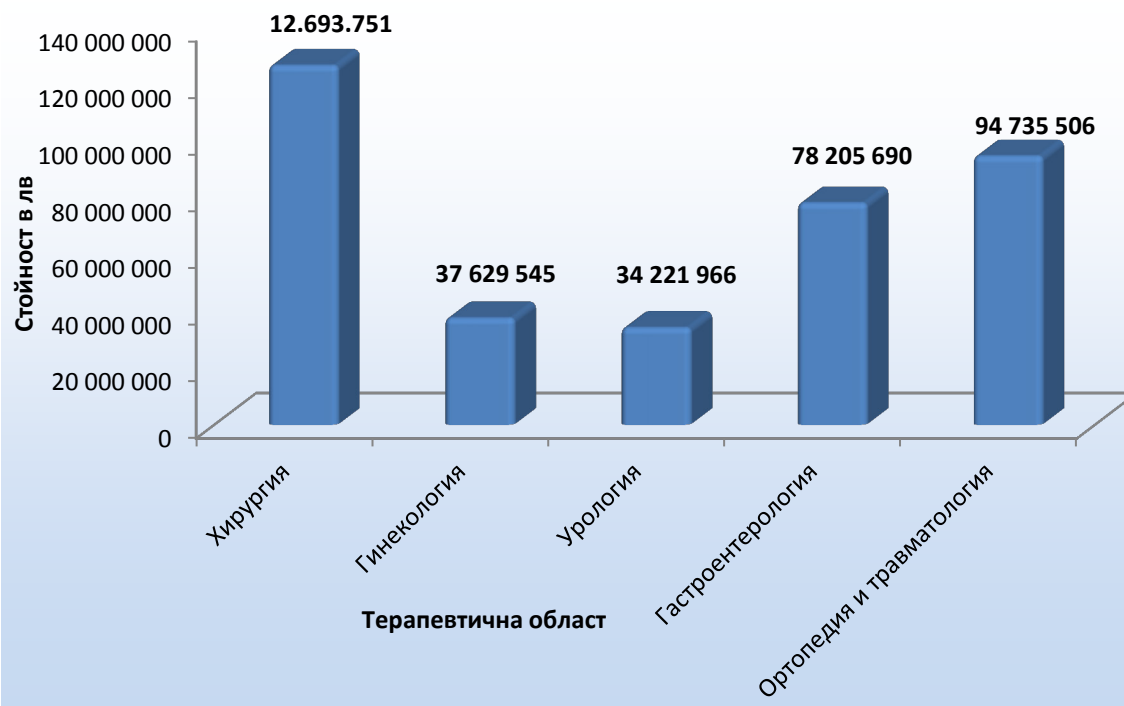
Както е показано на Графика 30, с най-голям пазарен дял в обслужваните терапевтични области (4,52 %) се представя урологията, следвана от гастроентерологията.

От друга страна обемите и стойността на целия обслужван пазар в разглежданите 5 терапевтични области са представени на Графики 31 и 32.

Графика 31: Размер на целия обслужван от МБАЛ „Доверие“ АД пазар по обем като брой дейности (2012 г.)



Графика 32: Размер на целия обслужван от МБАЛ „Доверие“ АД пазар по стойност в лева (2012 г.)



На обслужвания от МБАЛ „Доверие“ АД пазар по стойност размерът на дела на болницата през 2012 г. прогнозно е **1,623 %**, което е по-малко от дела и по обем (1,702 %). Все пак по-достоверния от двата показателя е обемът на дейността, тъй като отразява реалната конкурентна среда, в която борбата се води за печелене на пациенти, а не на финансови средства. Както се вижда на Графики 30 и 31, през 2012 г. пазарно най-атраکتивен е сегмента „хирургия“ както по отношение на обема, така и на стойността. Вторият привлекателен сегмент по обем и трети по стойност е „гастроентерология“. „Ортопедия“ и „травматология“ се нареждат съответно на трето по обем и второ по стойност място.

На фона на тези пазарни данни МБАЛ „Доверие“ АД е позиционирала своите гастроентерологични здравни услуги в много привлекателен пазарен сегмент. От друга страна водещият за болницата пазарен дял на областта „урология“ не кореспондира с пазарната конюнктура, където областта е на последно място както по обем, така и по стойност. „Ортопедия“ и „хирургия“ реализират пазарен дял по стойност под 1 % за болницата, а същевременно и двата сегмента са изключително привлекателни от пазарна гледна точка.

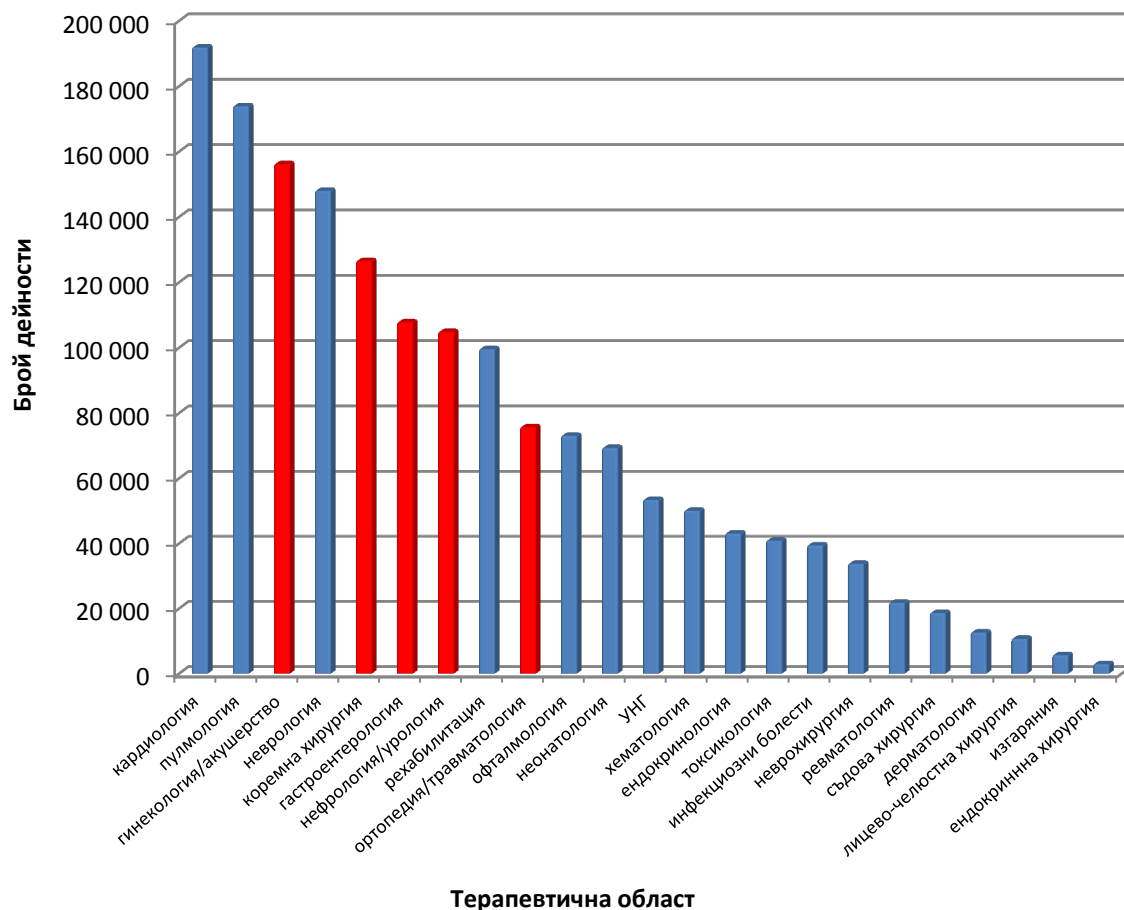
4.2.5. Потенциален пазар за навлизане от МБАЛ „Доверие“ АД

Навлизането на нови пазари е естествен стремеж на всеки пазарен играч. Потенциалният за МБАЛ „Доверие“ АД пазар може да се търси в две основни насоки:

- a) По-нататъшно развитие в сега съществуващите терапевтични области чрез нарастване на обема на изпълняваните клинични пътеки (екстензивно нарастване на пазарния дял), както и разкриване на нови в същите области (интензивно нарастване)
- b) Развитие в други терапевтични области

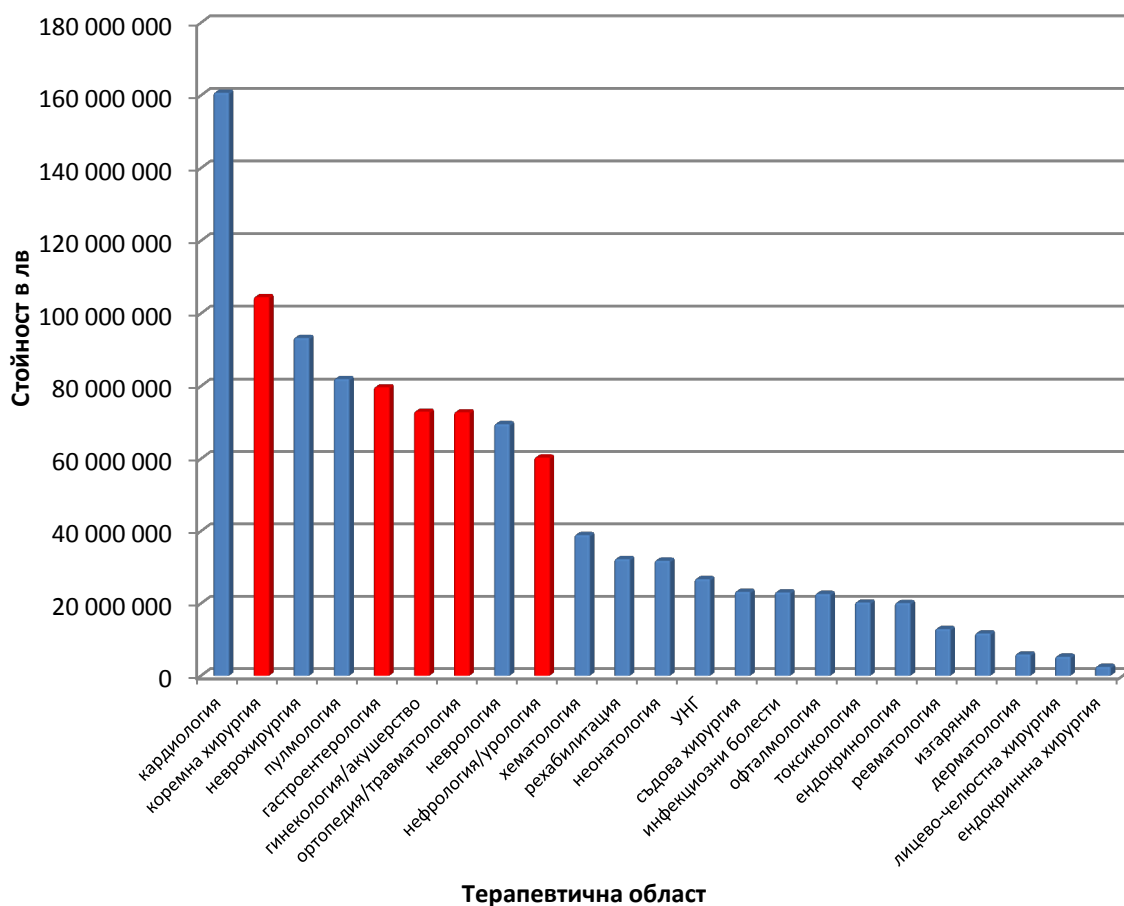
На база договорените цени и обеми на всички заплащани от НЗОК през 2012 г. клинични пътеки (87) може да се изчисли обема и стойността на всички терапевтични области, тоест размера на съвкупния реален публичен пазар на здравни услуги в България, което е представено на Графика 33.

Графика 33: Структура на общия реален публично финансиран пазар на здравни услуги в България по обем (2012 г.)



Както се вижда от Графика 33, МБАЛ „Доверие“ АД реализира пазарно присъствие в сравнително по-атрактивните области (обозначени с червено). Позициите на болницата на пазара по стойност са представени на Графика 34.

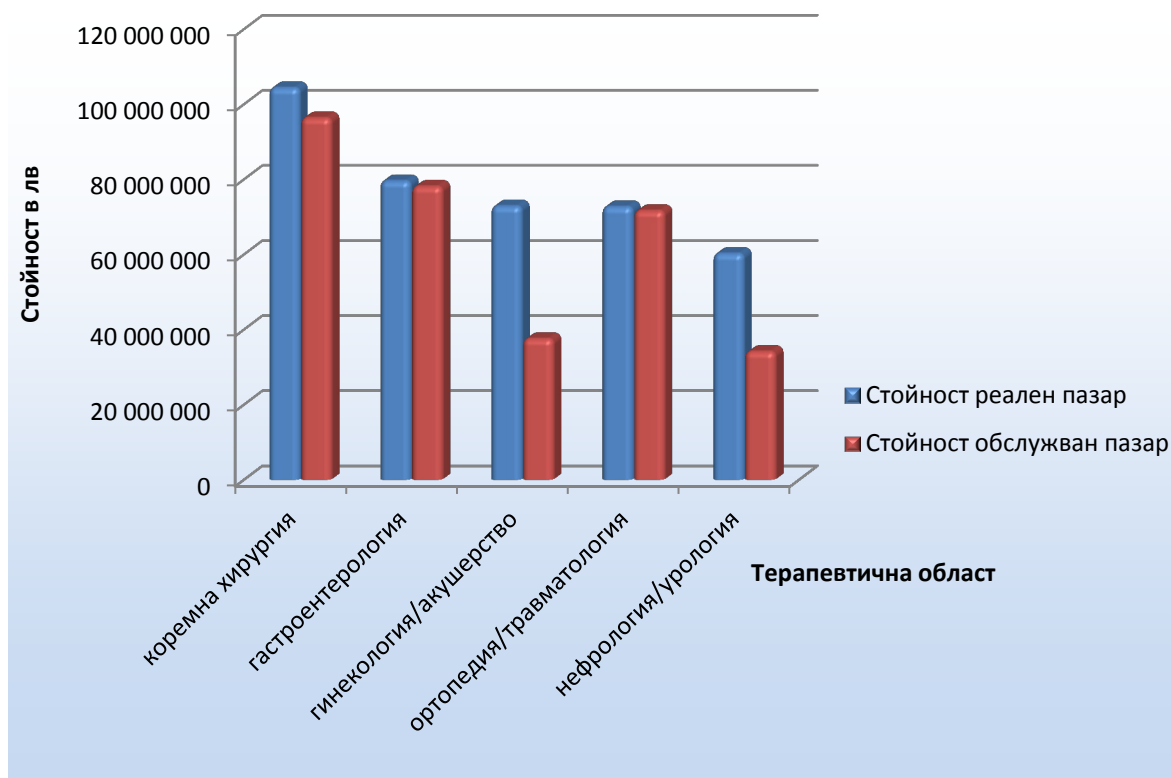
Графика 34: Структура на общия реален публично финансиран пазар на здравни услуги в България по стойност (2012 г.)



Съгласно Графика 34 пазарът очевидно предлага атрактивни възможности в терапевтични области като кардиология, пулмология и неврология, които са свързани с лечение на хронично болни и съответно предполагат пазарна устойчивост във времето. Интерес представлява фактът, че МБАЛ „Доверие“ АД има стационарни отделения по неврология и вътрешни болести (включващи кардиология и нефрология – виж раздел 2.3.2.1 на тази глава), както и отделение по рехабилитация без легла, но не отчита продажби към НЗОК по тези клинични пътеки. Този факт подсказва една сравнително лесна възможност за ръст в публичния пазар в краткосрочен план.

Като потенциал пред болницата се очертава във вече разработените пазарни сегменти (терапевтични области) следната перспектива, представена на Графика 35.

Графика 35: Реален и обслужван от МБАЛ „Доверие“ АД публично финансиран пазар на здравни услуги по стойност в 5 терапевтични области (2012 г.)

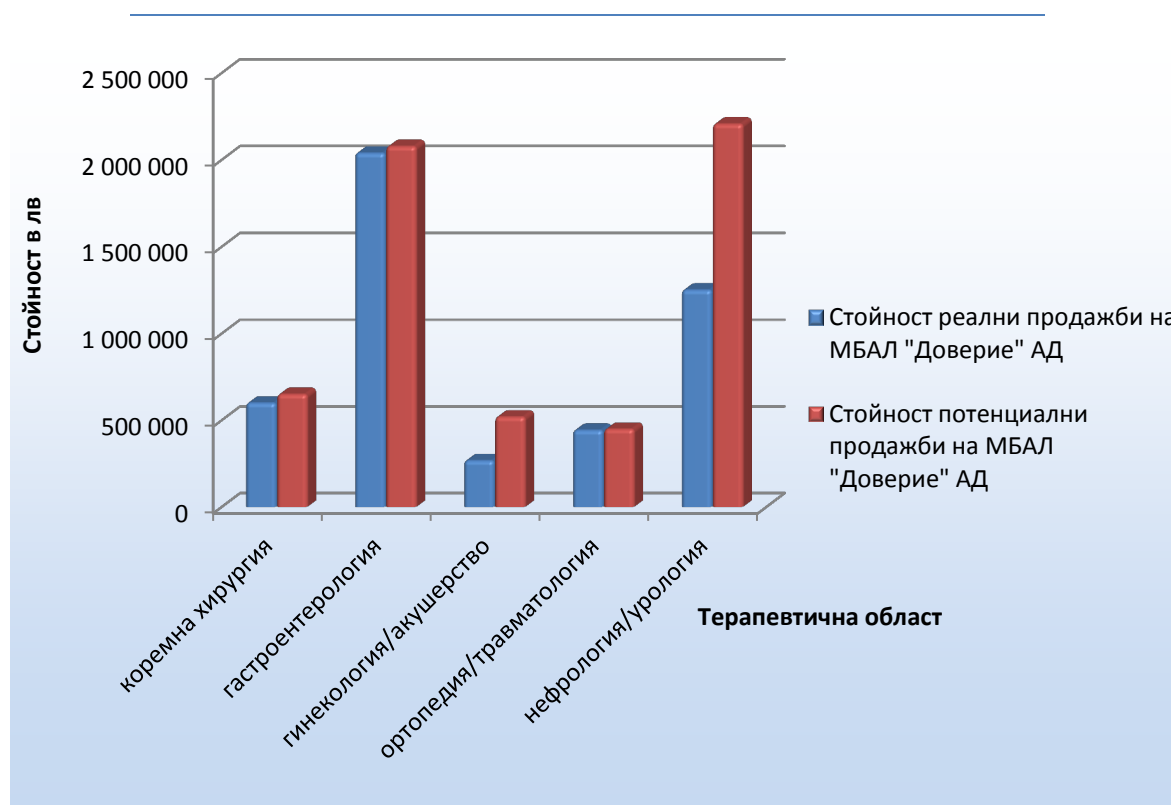


Размерът на реалния (общия) публично финансиран пазар, показан на Графика 35, чувствително превишава (с 72 млн. лв.) този на обслужвания от МБАЛ „Доверие“ АД във всяка една от разглежданите терапевтични области. Болницата не работи по всички заплащани от НЗОК пътеки в тези области, което означава, че не използва пълния потенциал на пазара. Този потенциал за болницата може да се изчисли на база допускането, че болницата би присъствала във всяка от 5те области на реалния пазар с пазарен дял като на обслужвания пазар.

Като пример за такова изчисление може да послужи областта „урология“, която заема най-голям пазарен дял на обслужвания от болницата пазар (виж Графика 29). По урологични клинични пътеки МБАЛ „Доверие“ АД реализира годишен приход от 1 252 387 лв (на база 2011 г.), което представлява 4,52 % дял от обслужвания пазар в областта. Ако се екстраполира същия дял върху размера на реалния пазар, ще се получи 2 726 808 лв., което означава 1 млн. лв. повече потенциален приход за болницата.

Именно чрез посочената разлика може да определи поне приблизително стойността на пазарния потенциал във всяка една от разглежданите терапевтични области, както е демонстрирано на Графика 36.

Графика 36: Реални спрямо потенциални продажби по стойност на МБАЛ „Доверие“ АД в 5те терапевтични области (на база 2011 г.)

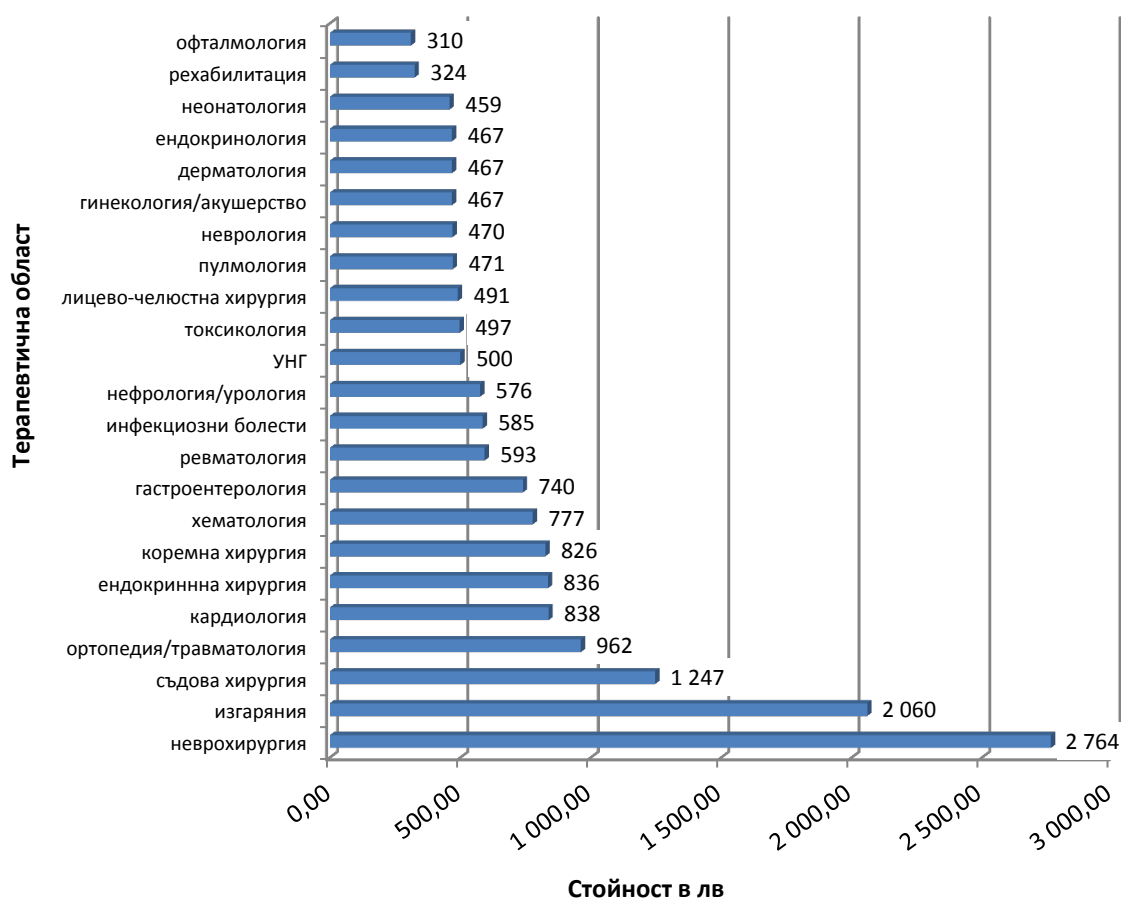


В области като хирургия, ортопедия и гастроентерология, както личи и от Графика 36, болницата очевидно е достигнала почти размера на потенциала и може да нараства по-нататък единствено за сметка на изместване на конкурентите от тези сегменти. Същевременно обаче в урологията и гинекологията ръстът е възможен при запазване на пазарните позиции просто чрез разширяване обема на дейността и обслужване на непокритите за момента клинични пътеки.

При този начин на оценка на пазарния потенциал се очаква реализация от общо 6 млн лева приходи от НЗОК при сегашни около 4,7 млн лв. Разгръщането на потенциала изисква обаче мобилизиране на значими материални, човешки и финансови ресурси, които да позволят разкриването на новите дейности.

По отношение на навлизането в нови области пазарът предлага изключително атрактивни възможности – размерът на реалния пазар в посочените пет терапевтични области е почти два пъти по-малък от този във всички останали – 391 млн. спрямо 683 млн. лв. Навлизането в неразработени пазарни сегменти е по-дългосрочна цел и изисква задълбочени анализи, които в чисто маркетингов аспект да подскажат оптималния избор. Полезен ориентир в тази насока е съотношението цена/обем за всяка една финансирана от НЗОК (83) терапевтична област, представена на Графика 37.

Графика 37: Сравнение на средните съотношения цена/обем за всяка терапевтична област на заплащаните от НЗОК клинични пътеки (по прогнозни данни за 2012 г.)



Както се вижда от Графика 37, областите с по-атрактивно съотношение между цената и обема на дейността са неврохирургия, изгаряния, съдова хирургия, кардиология и т.н. При тях съотношението е над 800 лв, което означава, че заплащаната стойност на всяка една клинична пътека в тези области е относително висока спрямо зададения обем за

2012 г. Обратно, в началото на скалата, където са например офталмология, рехабилитация, неонатология и т.н., съотношението е под 500 лв. и е изтеглено към обема. Болница, която работи в тези области трябва да реализира по-висок обем на дейността, за да компенсира по-ниското заплащане. За целите на маркетинговото планиране подобно съотношение може да се изчисли за всяко отделна клинична пътека при същата база. В чисто маркетингов аспект по-атраактивните пазарни сегменти трябва да се търсят в области с високо съотношение цена/обем, каквато е например кардиологията.

4.2.6. Развитие в пазара на здравни услуги, финансиран от други източници

Разработването на маркетингова стратегия не може да не вземе под внимание частно финансиран пазар, който от днешна гледна точка е единственият с възможност за растеж. За съжаление не съществуват достоверни източници, които да определят неговите размер и динамика. Според наскоро оповестени данни на Асоциацията на лицензираните дружества за доброволно здравно осигуряване (АЛДДЗО) през доброволните здравно-осигурителни дружества годишно преминават разплащания към лечебни заведения от порядъка на 40 млн лв. (86) От една страна тази цифра е твърде емпирично определена, а от друга не включва плащанията в брой. За да се определи с необходимата точност размера и потенциала на частно финансиран пазар са необходими целенасочени проучвания в конкретен пазарен сегмент. Така например ако болницата желае да инвестира в частно заплатени здравни услуги в областта на гастроентерологията, то е необходимо да установи **кои** (възраст, пол, образование, професия, доходи) и **колко** (като процент от общата група на страдащите, за предпочитане с разбивка по административни области) биха били пациентите с нагласа да заплатят, при това до **какъв размер**. На база получените резултати може да се разработи стратегия за таргетиране на тези пациенти, така че те да бъдат привлечени именно към МБАЛ „Доверие“ АД.

Все пак дори и ориентиловъчен, размерът на пазара на частно заплатените през доброволните здравно-осигурителни дружества услуги показва, че делът на МБАЛ „Доверие“ АД е пренебрежимо малък – едва 0,003 % (емпирично пресметнато на база приходи от други източници през 2009 г. – виж раздел 2.3.3.1 на същата глава). Ако

се приеме, че стратегическа цел на болницата е да достигне на частния пазар размер на дела си, съпоставим с този на публичния пазар (1,623 % по стойност), това би означавало близо 500 -кратно нарастване. Подобно развитие не е мислимо в краткосрочен аспект и изисква сериозни инвестиции в развитие на ресурсите на болницата.

Изобщо за разлика от публично финансиран пазар частният е доста по-труден в маркетингово отношение. Освен набавяне на пазарни данни подходът тук изисква доста повече инвестиции в проучвания, дистрибуция и промоция. В Приложение VI са посочени примерни тактически стъпки в тази насока.

4.3. Препоръки за разработване на маркетингов план

На база определените в предходните раздели пазарни позиции на МБАЛ „Доверие“ АД може да се разработи маркетингов план, който да обхване краткосрочни и дългосрочни цели. В Приложение V е показан вариант на структура и съдържание на такъв план заедно с кратки указания за попълване, а в Приложение VI – разработка с примери за попълване на всеки раздел.

По отношение на **обхвата на плана** се препоръчва структуриране на маркетинговия микс на ниво специализиран пазар (терапевтична област – в посочения пример гастроентерология), което в най-пълна степен отговаря на структурата на болницата и принципите на публично финансиране. След финализиране на отделните планове за 5те области на стационарно лечение по-важните раздели могат да станат част от консолидиращия бизнес план на лечебното заведение. При необходимост маркетинг - миксовете могат да се резглеждат поотделно за всеки пазарен сегмент.

Стойността на предлаганите здравни услуги трябва да се посочи за всеки тип заплащане, както е в случая – ниво на заплащане от НЗОК, ниво на доплащане от пациента и/или стойност на напълно заплащане от пациента.

Конкурентните предимства на описваните услуги трябва да бъдат охарактеризирани в максимално пълна степен с акцент върху тези особености, които ще залегнат в комуникацията към потребителите. В посочения случай болницата залага на модерното инструментално оборудване, осигуряващо удобства за пациента и кратък престой, което я поставя в добра конкурентна позиция.

При извършването на **пазарните анализи** е удачно да се опишат всички източници с кратко становище относно тяхната достоверност. Трябва да се следват принципите на пазарното сегментиране (виж и раздел 5.2.1.2.4 на Глава I) съобразно особеностите на разглежданата област, като за всеки описан сегмент трябва да се даде разбивка по стойност и обем. Удачно е охарактеризирането на пазара и по източници на финансиране с описание на всеки отделен източник, което по-късно да се използва при таргетирането (виж Приложение VI). В конкретния пример разглеждането следва логиката на терапевтичните области, съответно структурата на болницата и вида на изпълняваните към НЗОК клинични пътеки.

Освен това акцентът трябва да падне върху ключовите за болницата области, в които задържането на пазарните позиции е абсолютен приоритет. В посочения пример областта „гастроентерология“ носи близо половината от всички приходи за болницата и съответно на първо място трябва да се планира запазване на извоюваните позиции. Всяка една област следва да се разгледа в поне два аспекта – като публично финансирана и като финансирана от алтернативни източници – например доброволни здравно-осигурителни дружества. В по-голямата част от случаите това разделение формира поне две групи потребители, съответно два различни маркетинг-микса за всяка от тях.

При **описанието на конкурентите** е препоръчително да се приоритизират онези особености, които дават съществени предимства. Ако има пазарен лидер, както е в посочения пример, той трябва да се анализира подробно. Особено ценно в този случай е извършването на бенчмаркинг, което ще помогне при изграждане на маркетинговата стратегия с включване на техники, използвани от лидера. Така например на база бенчмаркинг спрямо пазарния лидер в групата на многопрофилните болници с годишно финансиране до 10,5 млн. лв. (виж раздел 2.6 на тази глава) бяха набелязани насоки за разширяване и развитие на дейността по отношение на вече предлаганите терапевтични услуги в МБАЛ „Доверие“ АД.

Факторите на външната среда са съществена част от маркетинговия план и трябва да се охарактеризират максимално обективно, за предпочитане чрез цитиране на независими наблюдатели – неправителствени организации, мониторингови служби и т.н. Често се използва класификацията PEST – тоест факторите се групират като

политически (political), икономически (economical), социални (social) и технически (technical). Провеждането на парламентарни избори през 2013 г. биха се отразили например през следващите 4 години върху системата на публично финансиране в здравеопазването чрез включване на частни здравно-осигурителни фондове като втори стълб. Подобна възможност трябва да се оцени и съответно включи в маркетинговата стратегия на МБАЛ „Доверие“ АД. При голяма вероятност от подобен сценарий пазарът на здравни услуги ще претърпи развитие по отношение на дейностите, които се заплащат с публични средства, съответно стратегията трябва да предвиди разширяване на публично финансираното болнично портфолио. Обратно, при запазване на системата на единствен публичен платец е по-вероятно да продължи да се разраства пазарът на частно платените услуги, което съответно предполага съвсем различна стратегия (както е и в посочения пример на Приложение VI).

От особено значение за разработване на маркетинговия план е осъществяването на **целев пазарни проучвания**, които да попълнят липсите в информацията, набрана от други източници. В описания в Приложение VI пример е описано презумтивно пазарно проучване сред потенциални потребители на частно платени здравни услуги в областта „гастроентерология“. Такова проучване би ориентирало най-вече за потребителските нагласи и би дало насоки за разработване на комуникационната стратегия, чрез която да се таргетират идентифицираните целеви групи.

Самото **пазарно позициониране** трябва да очертае, от една страна сегашните позиции (както са описани в раздел 3.2 на настоящата глава), а от друга – бъдещите пазарни намерения, в това число стратегиите по запазване и развитие на тези позиции, навлизане в нови пазари, отграничаване от конкуренцията и т.н.

По отношение на **SWOT анализа** трябва да се отбележи, че той би бил по-полезен в категорията „пазарен сегмент“ и трябва да се обвърже с конкретен маркетинг - микс. В посочения в Приложение VI пример анализът обхваща цялата област (пазар), но при наличие на специфички анализът трябва да се извърши на по-ниско ниво, тоест за пазарен сегмент. Посоченият в анкетната карта SWOT анализ на МБАЛ „Доверие“ АД (виж раздели 2.3.5 и 5.2.6 на същата глава) е твърде общ и по-подходящ за бизнес план, докато за целите на маркетинговия план

трябва прецизиране чрез отчитане на особеностите в дадената област или сегмент. Примерът в Приложение VI визира типична слабост на болницата по отношение на малката материално-техническа база, която за водещата по финансов приход област „гастроентерология“ може да се окаже критично в бъдеще.

Във **формулирането на целите** освен традиционното разграничение по отношение на сроковете трябва да се извърши оценка за съответствие и с бизнес целите на цялото лечебно заведение. Ако развитието на материално-техническата база и човешките ресурси в областта „гастроентерология“ не съвпада с бизнес целите на болницата, която планира инвестиция в нов хирургичен блок например, тогава маркетинговият план трябва съответно да се съобрази с това. По принцип маркетинговите планове трябва да следват цялостната бизнес стратегия, като съответно доразвиват заложените там концепции.

Маркетинговата стратегия отразява визията на болницата относно дадената терапевтична област. В нея трябва да се концентрират всички идеи за следващия период на планиране. В посочения в Приложение VI пример стратегията набляга върху ключовото значение на областта „гастроентерология“ за болницата и предвижда механизми за запазване на позициите и по-нататъшно разширяване на присъствието както на публичния, така и на частния пазар за период от 3 години.

Планът за действие от своя страна е тактически инструмент, който трябва да „преведе“ стратегията на езика на действието. Даденият пример очертава конкретни стъпки за навлизане в изключително важния за по-нататъшното развитие на гастроентерологията частен сектор.

Контролните механизми по изпълнение на маркетинговия план гарантират навременната обратна връзка, която би предотвратила сериозни грешки и значителни загуби. В тази насока има много възможности, но от особена важност е изпълнението на маркетинговия план да бъде възложен на екип от хора, в който участват лекари, финансисти и маркетинголози, както е в дадения в Приложение VI пример. Противно на емпиричното схващане, че маркетингът се прави от маркетинголози, в реалния живот обикновено става дума за екипна работа на различни специалисти.

В резюме може да се отбележи, че направеният в тази глава тристъпков анализ би бил много полезен за разработването на маркетингов план.

Същевременно информацията не е достатъчно пълна, за да позволи добро планиране – липсват данни за частно финансирания здравен пазар, не са ясни и позициите на конкурентите в атрактивните за болницата области. Особена стойност биха имали целенасочени маркетингови проучвания, предимно за планирането на рекламни кампании към целеви потребителски групи.

5. Обсъждане на резултатите

Предложеният в настоящата разработка подход за систематизиране на информацията с цел установяване на прилаганите маркетингови практики в изследвания обект МБАЛ “Доверие“ АД до голяма степен постига целите си. Все пак не всички въпроси успяват да намерят отговор тук. Всяка една от общо трите стъпки на аналитичния подход се основава на определен тип данни, които по разбираеми причини предполагат ограничения, произтичащи от непълна или изцяло липсваща информация.

В **първата стъпка** са използвани анкетни данни, събрани чрез специално разработена за целта анкетна карта. (74) Тези данни отговарят до голяма степен на изискванията (виж и раздел 5.2.1.2.3.1 на Глава I) към пазарната информация за маркетингово планиране. (64) Те са достоверни и с достатъчен (ретроспективен) обхват, но същевременно не отговарят на критериите за специфичност и структурираност. Това проличава особено ясно от непълнотите и неточните отговори в анкетната карта. По-характерни са следните проблеми (63):

При попълване на **първия раздел** в подраздел „Развитие на здравните услуги“ (виж 2.3.2 в същата глава) болничното заведение е затруднено да предостави информация за развитие на съществуващите здравни услуги, въпреки че индикаторите за дейността посочват някои нерентабилни дейности с ниска използваемост на леглата. По отношение на разработване на нови услуги информацията също не е подробна – за период от три години мениджмънтът си е поставил целта да развие услуги с „високо качество, посрещащи в най-висока степен здравните потребности“ и да разшири своя пазарен дял. Липсва обаче информация в оперативен порядък – какви точно услуги и за какви потребности, какъв пазарен дял през първата, втората или третата година, с какви финансови и човешки ресурси и т.н. От подраздел „Качество на здравните услуги“ (виж раздел 2.3.2.2 в тази глава) става ясно, че качеството е един от приоритетите на болницата. Същевременно обаче няма данни за изградена единна програма за управление на качеството, например по стандартите на ISO. Като специфичен проблем изниква фактът, че не се провеждат системно и проактивно изследвания за удовлетвореността на пациентите, а се разчита по-

скоро на тяхната инициатива да напишат мнението си в книгата за мнения и препоръки. По аналогия не се провеждат обективни изследвания за удовлетвореността на персонала. Липсва статистика за най-честите причини за напускане, както и установена политика за задържане на служителите чрез определени мотивационни подходи. Няма обективно установен предпочитан вътрешен канал за комуникация. Няма разписана практика за колаборация с мрежата на доболничните лекари. Болницата не е правила досега опит за бенчмаркинг с друго лечебно заведение по отношение на вид и обем на дейността, инвестиции в развитие, квалификация на персонала и т.н.

Във *втория раздел* (виж 0 в същата глава) са предоставени доста данни за текущ и предходен периоди както за приходната, така и за разходната част. Същевременно някои от подразделите на анкетата създават затруднения на болничния мениджмънт. В подраздел „Приходна част“ не се посочват конкретните начини за финансова оптимизация, нито в какъв период ще се осъществят. По отношение на ценообразуването информацията също не е задоволителна – липсва посочена методика за формиране на цената на здравната услуга съгласно теоретичните постановки, както и обективизиране възприятието на пациентите за тази цена при плащане в брой. (25) Не е провеждан бенчмаркинг за ценови съпоставки със сходно болнично заведение. (46) Не се посочва конкретен план за развитие на ценовата политика на болницата, нито за управлението на печалбата. В подраздел „Разходна част“ (виж раздел 2.3.3.2 в тази глава) не се посочват мерки за оптимизирането на разходите въпреки констатацията, че същите растат устойчиво във времето.

Характерна слабост за данните и в двата горепосочени раздела е вариабилния времеви обхват, който се движи между две и пет години през разглеждания период 2006-2011 г. (76)

При *третия раздел* (виж 2.3.4 в същата глава), посветен на дистрибуцията на здравните услуги, се търси информация по отношение на практиката на болницата за осигуряване на достъпност и удобство за пациентите. И тук някои въпроси в анкетата не са напълно адресирани. В подраздел „Инфраструктура“ не се посочват показатели като актуален и среден брой преминали амбулаторни болни на ден, съответно брой поставени диагнози на ден (уточнени,

неуточнени, процент на съвпадаемост), средно време на пациенто-диагноза, метризиране на дейностите на рецепцията и т.н. При подраздел „Достъпност и обхват“ (раздел 2.3.4.2 на тази глава) прави впечатление пълната липса на информация по отношение на разпределението на пациенто-потока по адресна регистрация. В информационната система очевидно липсват данни за дяловото разпределение на пациентите по адресна регистрация (тоест от кой квартал, град или област като % и абсолютна стойност идват пациентите). Няма също така обективна оценка на възприятието на пациентите за достъпността на болницата. В „Развитие на инфраструктурата“ (виж Приложение IV) не се посочват конкретни планове за развитие на инфраструктурата въпреки факта, че мениджмънтът е установил като проблем недостатъчния сграден фонд на фона на постоянно нарастващ брой пациенти. Също така не се уточнява дали се планира разкриване на филиал на болницата на друго място.

Четвъртият раздел (виж 2.3.5 в същата глава), както може да се очаква, създава най-големи затруднения на болничния мениджмънт. От подраздел „Маркетингов план“ става ясно, че болницата не разполага с написан маркетингов план със структура и съдържание съгласно съвременните схващания, както и няма информация за спецификата на пазара по отношение на предлаганите здравни услуги (това в най-пълна степен се отнася за свободно заплачените в брой или от частен фонд услуги, които се предлагат на чисто пазарен принцип). (25; 52). Аналогоично липсва информация по отношение на потенциалния пазар (най-често срещани нозологии, дял нелекувани пациенти, териториално разпределение и т.н.) Прави впечатление също така, че не са провеждани целенасочени проучвания сред пациенти (клиенти) по отношение на непокрити от системата здравни нужди, които евентуално да покажат в каква посока болницата да развие своето предлагане. В частта, касаеща промоция сред пациенти болницата дава достатъчно информация за сегашната си практика. За сметка на това напълно липсва информация за промоционални дейности към здравните специалисти от доболничната мрежа, каквито вероятно не се и провеждат. Болницата не разполага със система за оценка на ефективността на своята промоция – например откъде най-често пациентите научават

за болницата, какъв е процентът на пациентите с повторна обрращаемост и пр. Няма предоставена информация и за разходите по промоционална дейност като стойност и относителен дял спрямо (генерираните) приходи, както и тяхната оценка в динамика.

В обобщение може да се отбележи, че **анкетният метод** е често използван подход в процеса на маркетинговото планиране. (3; 52; 74) Неговата „сила“ се състои в това, че структурира изходните данни от самото начало по начин, максимално удобен за целите на маркетинговото планиране. (74) Същевременно именно при анкетирането, както е в случая, възникват проблеми от липсата или ограничеността на информацията. (63) В процеса на изграждане на маркетингов план това може да се окаже изключително сериозно затруднение. (52; 38) Точно поради тази причина при въвеждане на систематичен маркетингов подход болничното лечебно заведение трябва да предвиди използването и на други методи, респективно алтернативни източници на информация. (88)

Не трябва да се изключва и възможността част от горепосочените проблеми да произтичат от самата анкетна карта. Неподходящо формулирани въпроси или търсене на нерелевантна информация може да доведе до непълни, неточни или напълно липсващи отговори. Все пак методиката на провеждане на проучването – открито интервю с повече на брой участници и постоянна възможност за коментар, прави тази възможност малко вероятна.

Втората стъпка, базирана на методиката на бенчмаркинг (виж раздел 0 на тази глава), фактически допълва и надгражда анкетния подход. Все пак обсъжданите в литературата начини за провеждане на бенчмаркинг предполагат по-систематичен подход, който разчита и на анкетиране. (46; 50) В конкретния случай начинът на провеждане е адаптиран към разполагаемата информация. (49; 50) На практика е представен един типичен конкурентен бенчмаркинг (виж и 4.1.2 в Глава I), който изпълнява основно фазите анализ и осъществяване. По обективни причини в разглеждания случай е твърде трудно провеждането на бенчмаркинг в пълен обем, което изисква доста повече времеви, финансови и човешки ресурси. (46) Още повече представената информация не е събирана за целите на такъв анализ, а по-скоро като стандартна статистика за изчисляване на показателите за дейността. (88) Съвпадаемостта на данните не

покрива особено актуален период, което полемизира въпроса доколко резултатите все още са показателни. (78; 76)

Дори и в този ограничен формат проведеният бенчмаркинг успява да постигне **основната си цел** - съпоставка на изследвания обект със сходен референт с оглед идентифициране на добри конкурентни практики. В конкретния случай референтът се оказва в по-добра пазарна позиция по отношение на сравнените дейности (виж 3.2.4 на тази глава), което набелязва интересни маркетингови възможности пред изследвания обект. (46)

Третата стъпка на аналитичния подход касае пазарното позициониране на МБАЛ „Доверие“ АД. Чрез нея се изчерпват на практика достъпните възможности за по-нататъшни маркетингови проучвания. (64) Както неведнъж беше отбелязано (виж 3.1.1 в същата глава), пазарът на здравни услуги в България не е анализиран досега в пълния си обем и специфика. Естетвено ограничение представлява и фактът, че пазарът на частно предоставяни здравни услуги остава напълно „скрит“ от погледа на маркетинголога. (53; 89) Пазарът на публично предоставяни здравни услуги от своя страна не може да бъде проследен в динамика за по-продължителен период. Цените и обемите на договаряните между БЛС и НЗОК здравни услуги, тоест на практика структурата на публично финансирания здравен пазар по вид на дейността, не са свободно достъпни за периоди преди 2012 г. (83). Това само по себе си вече предполага известна изчислителна грешка в анализа на пазарните позиции на МБАЛ „Доверие“ АД. (виж и раздел 3.2.4 на тази глава). Освен това наличната информация, дори и в масивите на НЗОК, не позволява изграждане на потребителски профили на ползвателите на публични здравни услуги, които са групирани единствено и само по диагнози. (87) Все пак съществуващата информационна система на НЗОК, а вероятно и други налични или потенциални източници биха позволили в бъдеще по-обстойни анализи, подпомагащи създаване на издържани в маркетингово отношение планове. (90; 64)

При **общ поглед** върху **трите стъпки в аналитичния подход** на настоящата разработка могат да се дискутират някои интересни в практически аспект въпроси. Един от тях е доколко предлаганият подход „от частното към общото“, тоест поетапна оценка на собствени, сравнителни и общодостъпни данни, успява да постигне

целите на дисертационния труд. Дискусионна остава и пълнотата на анализирания информация, което предпоставя ограничения при постигнатите резултати. Все пак дори в условията на гореизброените ограничения целта на разработката е изпълнена в напълно задоволителен обем – постигната е пълна характеристика на използвания в МБАЛ „Доверие“ АД маркетингов подход, както и са набелязани потенциални възможности за неговото по-нататъшно развитие (съгласно Задачи № 7 и № 8 от Глава II). Дори и бегъл поглед върху алтернативните възможности показва, че в условията на липсващи системни маркетингови практики на пазара на здравни услуги в България предлаганият от автора подход дава достатъчно надеждни резултати. (52; 74)

Не на последно място остава дискуссионен въпросът доколко маркетинговият подход може да се прилага в пълния си обем при настоящата ситуация в здравния сектор. (55) Наличието на дефекти и нарастващото недофинансиране в публичния пазар създават обективни и субективни пречки за използване на маркетингови инструменти в управлението на една болница. (56; 25; 91) Системата на делегираните болнични бюджети се явява сериозен ограничител за ръста на предлаганите здравни услуги от болничните лечебни заведения. (87) Като непосредствен резултат се наблюдава ниска използваемост на легловата база, списъци на чакащи пациенти, съответно недостатъчни финансови постъпления и в крайна сметка липса на маркетингови стимули за развитие на публично заплатени болнични здравни услуги. Що се отнася до пазара на частно заплатените здравни услуги, той е твърде неразвит и в голяма степен недефиниран. (53; 86) Към него подходът за момента от страна на пазарните участници е по-скоро интуитивен, вероятно поради липса на инвестиционни възможности за по-цялостни маркетингови политики. С оглед гореказаното маркетинговият подход не намира за момента особено широко приложение в МБАЛ „Доверие“ АД – извод, който може да се направи вероятно за всяка една болница в България.

В заключение може да се отбележи, че настоящият дисертационен труд постига в рамките на разполагаемия обем от информация и при дискутираните ограничения следните основни **приноси**:

- На **първо** място разработката използва за първи път система за оценка на пазарните позиции на едно болнично лечебно заведение. Чрез последователно и стъпаловидно анализиране на собствени данни, данни за конкурент със сходна дейност и публично достъпни общи данни е постигната една доста реалистична маркетингова характеристика на МБАЛ „Доверие“ АД. Подобен подход може да се приложи спрямо всяко друго болнично лечебно заведение независимо от формата на собствеността, а в много голяма степен и спрямо други видове лечебни заведения.
- На **второ** място авторът предлага специално разработена за поставените аналитични цели анкетна карта, която се опитва да структурира търсената информация по максимално полезен за маркетинголога начин. Процесът на попълване на тази анкетна карта сам по себе си дава добър ориентир относно прилагането на маркетинговия подход в анкетирания обект. Установени липси или непълноти в някои раздели на картата бързо могат да подскажат насоки за подобрене на маркетинговото планиране.
- На **трето** място е представен алгоритъм за извършване на анализи на данни, които не са събирани за целите на маркетинговото планиране, а отразяват по-скоро показатели със здравно-статистическо или друго значение. Авторът предлага сравнително прост подход към показателите за дейността на лечебното заведение, при който може да се извлече полезна в маркетингов аспект информация. В допълнение е доразвита концепцията за оценка на източниците на пазарни данни, чрез което става изпълнимо и класирането им по степен на информативност и полза.
- На **четвърто** място в разработката се прилага авторски модел за структуриране и изграждане на маркетингов план. На база широка библиографска справка от специализираната българска и международна литература авторът предлага практическо решение за разработване на маркетингов план с насоки и примерни попълвания за всеки раздел. Самият модел на плана е опростен и структуриран по удобен за един маркетинголог начин. С чисто практическата си насоченост той може да се ползва напълно извън контекста на настоящия труд.
- На **пето** място дисертационният труд претендира за цялостен принос към развитието на маркетинга на здравни услуги в България.

Широкият библиографски обзор, прагматично ориентираната методология и постигнатите практически резултати позволяват формулирането на меродавни изводи и заключения. В този смисъл разработката дава насоки за по-нататъшни проучвания по отношение на събирането и систематизирането на пазарни данни за здравните услуги, на цялостното прилагане на маркетинговия подход от лечебните заведения, както и на развитието на здравеопазния сектор в страната съобразно съвременните пазарни принципи.

ГЛАВА IV

ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Изводи

1.1. По отношение на регулативната мажорамка в сферата на здравеопазването в България

1.1.1. Към действащите нормативни изисквания спрямо болничните лечебни заведения

Пазарното присъствие на болничните лечебни заведения не е обвързано с национални и областни регулации по отношение на здравните потребности на населението. Наскоро изготвената от Министерство на здравеопазването Национална здравна карта е препоръчителна и не предпоставя контрол върху разкриването на нови лечебни заведения независимо дали има фактическа нужда от това. Това води от една страна до свръхразвитие на леглова база, концентрирана основно в големите градове, а от друга – неравномерно и нерационално географско покритие с болници. От маркетингова гледна точка пазарът на здравни услуги регулативно е твърде либерализиран, което причинява значителни изкривявания и действие на квазипазарни фактори.

1.1.2. Към политиката на публично финансиране на болнични здравни услуги

Публичното финансиране на болнични здравни услуги страда от регулативни недостатъци, които на свой ред създават сериозни пазарни диспропорции. Хронични проблеми с почти нарицателно значение са недофинансирането на здравния сектор, квазипазарното ценообразуване на здравните услуги, неравнопоставеността на пазарните участници и делегираните годишни болнични бюджети. В съвкупността си тези фактори водят до почти пълно обезмисляне на маркетинговия подход в управлението на една болница. Традиционните маркетингови инструменти за насърчаване на потреблението, разкриване на несрещнати здравни потребности или развитие на нови иновативни услуги на практика не могат да работят в тази пазарна

ситуация. Като резултат пазарът стагнира и води до все по-лоши здравни резултати.

По отношение на частно финансиран пазар не могат да се установят съществени регулативни стимули за пазарно присъствие. В условията на липсващ втори стълб на здравно осигуряване, недобре регламентирани кешови здравни услуги и незначителни стимули за доброволно здравно застраховане този пазар е със силно съмнителни перспективи за една маркетингово ориентирана болница. Като резултат съвкупното предлагане на частния пазар се свежда най-общо до скъпо платени бутикови услуги, които не адресират значими здравни потребности.

1.2. По отношение на анализирания обект МБАЛ „Доверие“ АД

1.2.1. Управление на сградния фонд и материалната база

МБАЛ „Доверие“ АД разполага със съвременна и изцяло съобразена с потребностите на пациентите база. Налице са всички удобства за бързо и адекватно обслужване на ползващите здравните услуги. Модерната и строена по предназначение сграда предлага отлични хотелски условия, които осигуряват комфортен болничен престой. Функционалното разпределение на кабинетите от медицинския център и връзката със стационарния блок гарантират поточност в обслужването на пациентите и съответно бързина на изпълнение. Същевременно базата е с почти изцяло запълнен капацитет. Развитието на нови здравни услуги ще наложи дострояването и разширяването и, което е свързано със сериозни инвестиции и предполага добри маркетингови и финансови разчети.

1.2.2. Управление на човешките ресурси

В болницата работят високо квалифицирани специалисти, владеещи модерни миниинвазивни методи за диагностика и лечение на гастроинтестинални, хирургични, ортопедични, гинекологични и урологични заболявания. В обхвата на предлаганите здравни услуги има добра ресурсна обезпеченост, която гарантира високо качество и удовлетвореност на пациентите. Броят и разпределението на специалистите не обезпечава лекуването на по-тежко болни, нуждаещи се от интензивно лечение и/или продължителна хоспитализация (каквито по принцип не попадат в контингента на болницата). Не са

провеждани проучвания за мотивацията на персонала и липсват анализи за причините за напускане. Не е разработена политика за дългосрочно задържане и развитие на служителите. Това предполага при по-нататъшно нарастване на обема и разнообразието на предлаганите здравни услуги възникване на евентуален дефицит на кадри.

1.2.3. Управление на финансовите ресурси

Управлението на финансовите ресурси е адекватно и е постигнало постоянно нарастващ приход от създаването на болницата през 2005 г. Болницата не влиза в дългосрочни задължения, може да си покрива разходите и дори да реализира известна печалба. В разходната част обаче също се наблюдава постоянно изразен темп на нарастване, срещу който болницата противодейства единствено чрез ограничаване на разходите и лишаване от капитали за дългосрочна инвестиция. В по-далечен времеви план проблемът вероятно ще ескалира до степен, поставяща под въпрос стратегически важното за болницата разширяване на дейността.

1.2.4. Управление на техническите ресурси

Медицинската апаратура е модерна и предлага съвременни и надеждни инструментални методи за диагностика и лечение, което само по себе си вече е конкурентно предимство. Работата с нова и многофункционална техника допринася за мотивацията на персонала, като дава възможността да се работи по най-високите медицински стандарти. Поддръжката на апаратурата обаче по отношение на счетоводната амортизация, закупуването на консумативи и сервизното обслужване на свой ред изисква добро управление на финансовите ресурси, така че в предвидения времеви хоризонт същата тази апаратура да може да се обнови. Реализираните понастоящем от болницата приходи не предполагат подобна перспектива.

1.2.5. Управление на дейността на болницата

От анализа на дейността на МБАЛ „Доверие” се налага изводът, че към днешна дата управлението е постигнало необходимия баланс в натоварването на болницата спрямо разполагаемите човешки, материално-технически и финансови ресурси. Прави впечатление не напълно оптимизираната легловата използваемост, като

перспективните специалности (хирургия, гинекология, урология) не работят на пълен капацитет, а същевременно се поддържат нерентабилни дейности (реанимация). Липсват дейности с добър пазарен потенциал (акушерство, детски болести, кардиология) или естествено допълващи портфолиото (трудова медицина, промоция на здравето, долекуване). Съотношението между хирургичните и нехирургичните дисциплини е силно изтеглено в посока към първите, което предполага дисбаланс в болничното портфолио със сериозен финансов риск. Маркетинговите инструменти за планиране не се прилагат в пълен обем за оптимизиране на портфолиото от здравни услуги.

1.2.6. Дейността на болницата в съпоставка с тази на друго болнично лечебно заведение

Проведеният бенчмаркинг между МБАЛ „Доверие“ АД и референтната МБАЛ „Св.Иван Рилски“ ЕАД показва, че по отношение на съпоставените параметри анализираната болница се представя добре. Сред открояващите се добри страни могат да се изброят умелото използване на ограничения технически и човешки ресурс, доброто финансово управление на дейността, относително по-големият брой обслужени пациенти и правилният избор на стратегия за развитие на една от анализираните области – гастроентерология. Същевременно се забелязват и някои слабости: почти пълната липса в болничното портфолио на една голяма област от медицината - вътрешните болести; ориентиране към пациенти с относително лека патология; твърде ниската използваемост на леглата. Изводът е донякъде дискуссионен от гледна точка атрактивност на лечението на по-тежки случаи за една малка частна болница. Опитът на референта, който е и сред лидерите в тази насока, показва, че при наличие на ресурси подобен контингент пациенти е адекватно обслужван и обезпечава добри приходи за болницата. Трябва също така да се отчете, че референтът разполага с по-развита материално-техническа база, високо квалифициран персонал и солидна експертиза в сравняваните терапевтични области. Като допълнително предимство може да се отбележи и асоциирането на МБАЛ „Св. Ив. Рилски“ ЕАД към академичните медицински структури, което осигурява висока репутация пред пациентите и добри връзки с медицинската общност в страната.

1.2.7. По отношение на прилагането на съвременния маркетинг в управлението на болницата

1.2.7.1. При настоящето пазарно позициониране на предлаганите услуги

Мястото и ролята на МБАЛ „Доверие“ АД в Националната здравна карта е на малка болница, която оперира в условията на свръхразвита леглова база. Структурата на предлаганото от болницата портфолио от здравни услуги не адресира в голяма степен регионалните и национални здравни потребности, отразени чрез официалната статистика.

На публично финансираня здравен пазар позициите на МБАЛ „Доверие“ АД са на неголям участник, който заема водещо място сред другите съпоставими конкуренти. Следващият по размер на публично финансиране пазарен сектор е по-атрактивен от финансова гледна точка, но изисква развитие на вида и обема на предлаганите здравни услуги. Сегашната специализация на болницата е в области, които от маркетингова гледна точка представляват разнопосочен интерес. Докато в областта „гастроентерология“ болницата е позиционирана изключително добре, в области като „хирургия“ и „ортопедия“ се открояват възможности за сериозно развитие. Реализацията на потенциала, който предлага сега съществуващият публично финансиран здравен пазар, би могъл да се осъществи в две насоки – краткосрочно и екстензивно, съответно дългосрочно и интензивно.

На частно финансираня здравен пазар позициите на МБАЛ „Доверие“ са по-скоро неразвити, като едва 20 % от приходите на болницата идват от този източник. От една страна това създава значителен риск за финансовата стабилност на болницата, а от друга означава недобро присъствие в перспективен от маркетингова гледна точка сектор. Трябва да се отбележи все пак, че самият пазар на частно платени услуги е слабо развит и в голяма степен недефиниран, което предполага изработване на дългосрочна болнична стратегия за навлизане.

1.2.7.2. При планиране на бъдещата дейност с оглед постигане на пазарно ориентирани цели

Въпреки че в управлението на болницата определено има заложен маркетингов подход, много от възможните инструменти не се използват. Не се провеждат системно специализирани маркетингови

проучвания, които да разкрият несрещнатите нужди на потенциалния контингент от пациенти. Потребителският профил на сегашния контингент не е достатъчно детайлизиран – откъде основно идват пациентите, кой ги насочва, с каква възраст, пол, образование, социален статус са, какъв е техния предпочитан канал на комуникация и т.н. Липсват проучвания относно отношението на пациентите към цените на предлаганите здравни услуги, склонността към доплащане на (някои) услуги в брой или чрез допълнително осигуряване и т.н. Не се използват пълноценно и наличните източници на пазарни данни, чрез които могат да се определят важни маркетингови параметри като общ и сегментен пазарен дял, потенциал за развитие, конкуренция и т.н.

По отношение на **маркетинговия план** може да се направи изводът, че в някаква степен се извършва планиране в чисто маркетингов аспект – отчита се фактът, че не всички предлагани услуги са наложени на пазара, направен е и SWOT анализ. Същевременно обаче напълно липсват планове за всеки един маркетинг - микс от здравни услуги в болничното портфолио. Представеният SWOT анализ е по-подходящ за бизнес план, докато за целите на маркетинговото планиране е необходимо по-детайлизирано разработване.

В резюме мениджмънтът на болницата не е достатъчно фокусиран върху постигането на маркетинговите цели. Липсата на рутинно маркетингово планиране създава трудности в управлението на болницата. Въпроси от типа какви услуги да се развиват в близко и далечно бъдеще, на публичен или частен пазар приоритетно да се заложи, как да бъдат подобрили пазарните позиции, как да бъде управляван финансовия риск не намират понастоящем задоволителен отговор.

2. Препоръки

2.1. Препоръки към регулативната макрорамка в сферата на здравеопазването в България

2.1.1. По отношение на действащите нормативни изисквания към болничните лечебни заведения

Пазарът на болнични здравни услуги трябва да бъде адаптиран към областните и национални здравни потребности. В регулативен аспект трябва да се заложи изпълнението на здравни приоритети, които да гарантират качествена и достъпна болнична здравна помощ. С оглед мотивацията на участниците на болничния пазар трябва да се зложат механизми с чисто маркетингова насоченост като например данъчни облекчения, държавни дотации или административни облекчения за болници, които работят по тези здравни приоритети. Насърчения трябва да се предвидят и за болници, които работят в области с недостатъчно обезпечаване на здравни услуги (трудно достъпни или бедни региони).

2.1.2. По отношение на финансирането на болнични здравни услуги

Финансирането на болнични здравни услуги трябва да стъпи на пазарно издържани принципи. Такива могат да бъдат заплащане за съвкупна здравна услуга (по системата на диагностично свързаните групи), реално ценообразуване, включително с отчитане на икономически географски различия, договорен процес директно между платец и доставчик, регулиран достъп до публичния пазар и много други. Чрез насърчаване на пазарните принципи в оказването на публично финансирани услуги ще се подобри и общата ситуация. В условията на действащ, макар и регулиран пазар маркетинговият подход ще играе несъмнено доста по-значителна роля в управлението на една болница.

По отношение на частно финансирания пазар е уместно въвеждане на регулативни механизми, които да насърчат доброволното здравно застраховане и излизането на светло на услугите, плащани в брой. Това в комбинация с публично – частно финансово партниране, каквото е въвеждането на втори осигурителен стълб, би постигнало устойчив и предвидим пазар на здравни услуги, в който маркетинговият подход би функционираше далеч по-добре. Работещ маркетинг в сферата на здравеопазването би гарантирал все по-качествени и модерни услуги,

прозрачност във финансирането, рационално и пазарно ориентирано предлагане и равнопоставеност на всички участници.

2.2. Препоръки към мениджмънта на МБАЛ „Доверие“ АД

2.2.1. По отношение на сградния фонд и разполагаемите технически, финансови и човешки ресурси

В краткосрочен план болничният мениджмънт трябва да намери механизми за оптимизиране използваемостта на разполагаемата база. В условията на запълнен капацитет е уместно намаляване на лошо използваната площ чрез реструктуриране на ресурсоемки звена или редукция на сателитни дейности (кафене, спа център). Във фокуса на внимание трябва да попадне и подобряване на достъпа до болницата чрез подходящи мерки на база анкетни проучвания сред пациенти (например чрез организиране на транспортно обслужване, разкриване на дистанционно обслужване чрез представителни административни офиси на болницата на достъпни места в центъра на София или по провинцията и пр.). Същевременно трябва да започне проучването на възможностите за развитие на допълнителна база чрез изграждане на втори блок или разкриване на филиал на друго място, което предполага планиране на нови технически и човешки ресурси. Самата политика към човешките ресурси трябва да бъде съобразена с плановете за развитие на болницата, тоест донякъде да е продиктувана от маркетингови съображения. В кратки срокове могат да се въведат анкети за проучване мотивацията на персонала и подходи за задържане на служителите. Уместно е идентифицирането на ключови „таланти“, на които да се възлагат инициативи за подобряване на качеството в работата, вътрешни обучения и укрепване на екипа.

Специално внимание заслужава управлението на финансовите ресурси. В краткосрочен план трябва да се идентифицират мерки за ограничаване на негативния тренд в постоянно нарастващите разходи. Предпримането единствено на икономии не е в интерес на болницата и ще доведе рано или късно до спад в качеството на дейността. Отделно ще бъдат силно лимитирани възможностите за осъществяване на маркетингови дейности, която да подпомогнат по-нататъшното развитие. С оглед на това е уместно намирането на допълнителни финансови източници чрез промоция на частно платени услуги (естетична и козметична хирургия), комплексни услуги и абонаментно обслужване.

В дългосрочен план трябва да се развие материално-техническата база съобразно нуждите на болницата и в контекста на маркетингово издържан план. Болничният мениджмънт трябва да осигури необходимата за това инвестиция чрез собствен или привлечен капитал, което до голяма степен е свързано с бъдеща финансова стабилност. От особена важност е самото място на териториално обособяване на новата сградова база, което трябва да се съобрази с нагласите на евентуалните потребители. В този аспект е необходима маркетингова оценка относно нуждата от филиал на болницата, който би обслужвал пациенти от други области, например в Източна България. Посочените възможности рефлектират и върху развитието на човешките ресурси, което може да бъде съсредоточено върху привличане на добри специалисти в провинициален район чрез подходящи механизми (финансови условия, работна среда, професионални перспективи). Не на последно място може да се вземе под внимание и по-малко ресурсоемният вариант за разкриване на филиал чрез ползване на материална база и ресурси на друга болница.

2.2.2. По отношение дейността и основните показатели на болницата

В краткосрочен план МБАЛ „Доверие” АД може да подобри портфолиото на здравните си услуги чрез няколко сравнително лесни за осъществяване мерки. На **първо** място трябва да се намерят начини за подобряване използваемостта на леглата (гастроентерология, хирургия, гинекология) чрез увеличаване на съществуващия пациентопоток и/или ориентиране и към по-тежка патология срещу заплащане от НЗОК. На **второ** място чрез разкриване на нови клинични пътеки в „силните“ си области (урология, гинекология, хирургия) болницата ще постигне реализация на съответния пазарен потенциал с почти незабавен финансов ефект. На **трето** място трябва да се закрийт (редуцират) нерентабилните и слабо използвани легла (реанимация, УНГ), като освободеният ресурс се пренасочи към по-перспективни области. Не на последно място дейността може да се разшири чрез допълващи дейности (например трудова медицина, промоция на здравето, здравна профилактика) и частно заплатени „бутикови“ услуги (естетична хирургия, лечебна физкултура, рехабилитация). В същото време трябва да се помисли за по-адекватно осигуряване на качеството на

предлаганите услуги чрез постоянно действаща цялостна програма за управление на качеството (например по ISO 9001:2000).

В по-дългосрочен план болницата трябва да преразгледа основно листата на своите здравни услуги. Сред нейните най-очевидни недостатъци е небалансираното портфолио, което залага основно на хирургични здравни услуги при почти пълно negliжиране на перспективни консервативни дисциплини. На база на маркетинговите принципи за управление на портфолио трябва да се развият нови здравни услуги с висок пазарен потенциал при разпределяне на финансовия риск върху повече на брой миксове в различна фаза на жизнения си цикъл. Такива могат да бъдат лекуване на болести на кръвообращението, на дихателната система и на нервната система. Интересна перспектива очертава и добавянето на онкологична (миниинвазивна) хирургия към сега съществуващите хирургични и гинекологични дейности на болницата. Чрез този подход болницата би си осигурила, от една страна стабилни бъдещи приходи, а от друга би успяла да финансира адекватно маркетинговите си проекти. Опцията за диверсификация на портфолиото също представлява интерес, про което новите услуги да се поемат изцяло от евентуален филиал с друга здравна и маркетингова ориентация.

2.2.3. По отношение прилагането на маркетинговия подход в управлението на болницата

В кратосрочен аспект е необходимо въвеждане на практика за създаване и ежегодна актуализация на маркетингови планове за всяка една терапевтична област (пазар) в портфолиото на болницата. Самият процес на разработване на маркетингов план би показал дефицита на информация и съответния начин той да се запълни. При съблюдаване на определени стандарти в този процес (например ползването на един и същи модел на план от типа на посочения в Приложения V) ще спомогне да се утвърди единен маркетингов подход, да се развие маркетингово мислене и да се изградят необходимите специалисти - маркетинголози. Същевременно в резултат на извършените маркетингови анализи ще могат да се адресират и вече посочените недостатъци в сегашното болнично управление - небалансираното портфолио, неразвитите, но перспективни услуги, слабото присъствие на частния пазар и т.н.

Изграждането на система за маркетингово планиране ще спомогне и за сравнително бърза реализация на пазарния потенциал в горепосочените области (нефрология, гинекология, хирургия), което би имало осезаеми финансови измерения.

В дългосрочен аспект и в условията на вече изградена практика за маркетингово планиране трябва да се разгърне пълният набор от маркетингови инструменти в управлението на МБАЛ „Доверие“ АД. Такива са осигуряването на надеждни пазарни данни от публични и заплатени източници, охарактеризирането на потребителските профили на пациентския контингент, разкриването на несрещнати здравни нужди сред потенциални пациентски групи, структурирането на балансирано портфолио, навлизането в нови пазарни ниши, развитието на нови дистрибуционни канали (филиали, изнесени офиси) и разширяването на промоцията към пациенти и лекари. Подобни стъпки са свързани със сериозна инвестиционна политика и осигуряване на мащабни ресурси, но биха гарантирали добра възвращаемост и устойчиво развитие на болницата.

3. Заключение

В условията на сега действащата регулативна рамка секторът на болнични услуги в България се характеризира с някои особености, които обуславят действието както на пазарни, така и на непазарни механизми. От една страна либералният български модел допуска широки възможности за разкриване на болнични лечебни заведения с различна форма на собствеността. Достъпът до пазара на публично заплатени здравни услуги е гарантиран за всеки участник. Не съществуват и ограничения за извършване на частно заплатени услуги при свободно ценообразуване. От друга страна в сегашната ситуация липсват почти изцяло пазарни стимули за прилагане на маркетинговия подход в управлението на една болница. Размерът на пазара е лимитиран от ограничения публичен ресурс за финансиране на болничната помощ. Секторът на частно заплатени услуги е силно недоразвит поради ниската покупателна способност на гражданите и несъвършенствата на регулативната рамка, довели до непрозрачност, сив пазар и предлагане на услуги с малък принос към националните здравни приоритети. При тези условия маркетинговите инструменти на практика не действат, което на свой ред демотивира болничните мениджъри за тяхното прилагане. Като цяло пазарът на здравни услуги в България страда от квазипазарни отношения, недофинансиране, неефективно ценообразуване, загуба на ресурс, инфлация на разходите и в крайна сметка лошо адресирани национални здравни потребности.

В така посочената регулативна рамка оперира и МБАЛ „Доверие“ АД. Тя представлява модерна малка към средно голяма болница с частно управление на собствеността. Мениджмънтът ѝ се ръководи от прагматични интереси, в които до известна степен намира място и съвременният маркетингов подход. Понастоящем болницата има добри пазарни позиции, постигнати чрез умело управление на ограничените технически, финансови и човешки ресурси. През седемте години на съществуването си болницата запазва финансова стабилност и постига устойчиво развитие. Сред наблюдаваните по-характерни слабости в болничното управление са неоптималната използваемост на леглата, дисбалансираното портфолио от услуги, нерационално разпределения финансов риск и почти запълнения капацитет. Повечето от инструментите на маркетинга не се прилагат или се прилагат частично.

Липсва и цялостна политика за изграждане на маркетингови планове, които да адресират дадени здравни потребности и да определят пазарния подход. В бизнес стратегията на болницата маркетинговите принципи засега също не са намерили място. При съпоставка с друго болнично лечебно заведение на преден план излиза почти пълната липса на една голяма област в медицината в листата на предлаганите от МБАЛ „Доверие“ АД услуги. Този факт в комбинация с ориентацията на болницата към по-лека патология води до недобра леглова използваемост и сериозен дисбаланс в портфолиото. При анализ на пазарните позиции на болницата се открояват добри маркетингови възможности за преодоляване на този дисбаланс. В краткосрочен аспект това може да бъде постигнато чрез разкриване на още клинични пътеки във вече разработените терапевтични области, както и развитие на естествено допълващи дейности, финансирани от различни източници. В дългосрочен план са необходими стъпки по съществено разширяване обхвата на здравните услуги основно към консервативните специалности, развитие на материалната база и мащабна промоция. Тези стъпки биха довели до успех единствено при условие, че се приложи последователно и в пълна степен маркетинговият подход в управлението на болницата. Управление, което изповядва философията на пазара, не може да не бъде успешно.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. **Котлър, Ф.** *Основи на маркетинга*. София : Класика и стил, 1993.
2. **Котлър, Ф.** *Управление на маркетинга. Анализ, планиране, реализация и контрол*. София : н.а., 1996.
3. **Маринова, Е.** *Маркетинг.Продукт.Реклама*. Варна : Принцепс, 1992, стр. 307.
4. **Котлър, Ф.** *Котлър за маркетинга*. София : издателство "Класика и стил", 2000.
5. **Beaufort, B., et al., et al.** *Marketing Health Services Organizations and Systems*. s.l. : Health Professional Press, Inc, USA, 4th edition, 2000, pp. 8-11.
6. **Котлър, Ф.** Как да създаваме, печелим и управляваме пазарите. [автор на книга] Котлър Ф. *Котлър за маркетинга*. София : издателство "Класика и стил", 2000, стр. 118.
7. **Танушев, Хр.** *Стратегическо мислене и финансиране на болници*. София : МИЗЗО, 1-2.12.2006, сесия III. презентация.
8. **Rodriguez, J.R.** *Маркетинг на болничната дейност и представяне*. [автор на книга] J. Cuervo, J. Varela и R. Belenes. *Управление на болницата*. София : издателство "Македония прес", 1998, стр. 220-230,242.
9. **Тулевски, Б., и др., и др.** *Комуникации в болничната организация*. [автор на книга] Л. Иванов и Ж. Големанова. *Болничен мениджмънт*. София : НЦОЗ, 2005, стр. 85-173.
10. **Воденичаров, Ц.** *Седемте разлики между медика и мениджъра*. София : фондация "Отворено общество", 2003.
11. —. *10те принципа на медика и мениджъра*. София : издателска къща "Симелпрес", 2010.
12. **Шиваров, Ст., и др., и др.** *Социален маркетинг и водене на преговори*. [автор на книга] Л. Иванов и Ж. Големанова. *Болничен мениджмънт*. София : НЦОЗ, 2005, стр. 176-256.
13. **Kotler, Ph. and Zaltman, G.** *Social Marketing: An Approach to Planned Social Changes*. *Journal of Marketing*. 1997, Vol. 35, p. 1971.
14. **Lefebvre, R.C. and Rochlin, L.** *Social marketing*. [book auth.] F.M. Glanz, F.M. Lewis and B.K. Rimer. *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice* . San Francisco : Jossey-Bass, 1997.
15. **Kotler, Ph., McDougall, G.H.G. and Picard, J.L.** *Social marketing: Improving the Quality of life*. s.l. : Sage Publications, 2002.
16. **Kotler, Ph. and Armstrong, G.** *Principles of marketing*. Upper Saddle River, New York : Prentice Hall, 2001.

17. **Кирилов, К.** Маркетинг в здравеопазването. Класически маркетинг и маркетинг в здравеопазването. [автор на книга] В. Борисов, Зл. Глутникова и Ц. Воденичаров. *Ново обществено здравеопазване*. София : Акваграфикс, 1998, стр. 237-296.
18. **Kotler, Ph. and Clarke, Roberta N.** *Marketing for Health care organizations*. Englewood Cliffs (N.J.) : Prentice Hall, 1987.
19. **Мутафова, Е., и др., и др.** Калкулиране на себестойността на болничния продукт. [автор на книга] Л. Иванов и Ж. Големанова. *Болничен мениджмънт*. н.м. : НЦОЗ, 2005, 5, стр. 68-77.
20. **Попова, М.** Анализ на разходите на здравното заведение. *Здравната реформа в България*. София : Македония прес, 1998, Vol. 2, pp. 137-143.
21. **Павлова, М. and Коева-Димитрова, Л.** *Управленско счетоводство в здравните организации*. Варна : ИК "Стено", 2004.
22. **Hansen, D.R. and Mowen, M.** *Cost management, accounting and control*. 3. s.l. : South-West College Publishing, 2000.
23. **Давидов, Б. и Грива, Хр.** Метод "Среден разход на диагноза" - същност, резултати, възможности за приложение. 2000 г.
24. **Zelman, W.N., McCue, M.J. and Milikan, A.R.** *Financial management of Health Care Organizations: An Introduction to Fundamental Tools, Concepts, and Applications*. s.l. : Blackwell Publishers, 2000.
25. **Гладилов, С. и Делчева, Е.** Цени и такси в здравеопазването. *Икономика на здравеопазването*. София : Princers, 2009, стр. 331-345.
26. **Contandriopoulos, A, Champagne, F and Baris, E.** *Physician compensation and health care system objectives:an appraisal of international experience*. Montreal : GRIS, 1990.
27. **Борисов В., Воденичаров Ц.** *Реалности на здравната реформа*. София : Филвест, 2004.
28. **Доганов, Д., Дуранкев, Б. и Катранджиев, Хр.** *Интегрирани маркетингови комуникации*. София : Университетско издателство "Стопанство", 2003.
29. **Maynard, A.** Markets and Health Care. [book auth.] A. Williams. *Health and Economics*. London : Macmillan Press, 1987.
30. **Font, A.** *El "marketing" de servicio:ncesidad de un nuevo enfogue*. s.l. : Cinco Dias, 1990.
31. **Gilmore, T.** Building and maintaining effective working alliances. *Managing hospitals*. San Francisco : Josey-Bass, 1991, pp. 201-231.
32. **Fried, B. and Nelson, W.** Strategic planning with the physicians. *Canadian Family Physician*. 1987, 33, pp. 1309-1312.

33. **Прайд, У. и Феръл, О.** Продуктови решения. *Маркетинг: концепции и стратегии*. София : ФорКом, 1996, 8, стр. 125-130.
34. **Карацу, Х.** *Въведение в управление на качеството*. София : Център за качеството на производителността, 1994.
35. **Karatsu, H.** *TQC wisdom of Japan*. Cambridge : Mass Productivity Press, 1987.
36. **United States.** Agency for Healthcare and Quality. *official web site*. [Online] [Cited: юли 15, 2012.] www.ahrg.org.
37. **EU.** European Foundation for Quality Management. *official web site*. [Online] [Cited: July 15, 2012.] www.efpm.org.
38. **Борисов, В.** *Здравен мениджмънт. Азбука на здравния мениджмънт*. София : Филвест, 2004. Том I.
39. **Murry, Ch. and Frenk, J.** A framework for assessing the performance of the health systems. *Bulletin of WHO*. 2000, Vol. 6, 78, pp. 717-731.
40. **National Health, Performance Committee.** *Fourth national report on health sector performance indicators*. s.l. : A report to the Australian Health Ministers Conference, July 2000.
41. **Петрова, Зл. и и сътр.** Ръководство по мониторинг на качеството на здравеопазването и медицинския одит. *Здравен мениджмънт*. 2004 г., Том 4.
42. **Donabedian, A.** *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor : Health Administration Press, 1980.
43. **Иванова, И. и сътр.** Качество на здравните услуги. *Болничен мениджмънт*. 2005 г., стр. 36.
44. **Maxwell, R.** Quality assessment in health. s.l. : BMJ, 1984, pp. 1470-1471, Vol 288.
45. **Петрова, З., Чамов, К. и Гладилов, С.** *Качеството в здравеопазването: съвременни измерения и тенденции*. София : Health media group, 2008. стр. 270.
46. **Манлиев, Георги.** Бенчмаркингът като управленски инструмент. [book auth.] Георги Манлиев, et al., et al. *Бенчмаркинг в публичния сектор в България*. София : Институт по Публична администрация и Европейска интеграция, 2003.
47. **Holloway, J., Garham, Fr. and Hinton, M.** A vehicle for change? A case study of performance improvement in the new public sector. *The international journal of Public Sector Management*. 2000, Vol. 12, pp. 351-365.
48. **Beadle, I and Searstone, K.** An investigation into the use of benchmarking within quality programs, in Total quality management. *Proceedings of the First World Congress*, ed Kanji G.K. 1995, pp. 509-512.

49. **Camp, R C.** Business process benchmarking: Finding and implementing best practices. [ed.] Milwaukee. *ASQC Quality press*. 1995.
50. **Longbottom, David.** Benchmarking in the UK: an empirical approach of practitioners and academics. *Benchmarking: An international Journal*. 2000, Vol. 7, pp. 98-117.
51. **Салчев, П.** *Бизнес планиране и управление на допълнителната медицинска помощ*. София : Top management advisors, 2000.
52. **Кирилов, К.** *Маркетинг в здравеопазването*. София : Арсо, 2001, стр. 36.
53. **Гладилов, С. и Делчева, Е.** *Пазарът и неговите алтернативи в здравеопазването. Икономика на здравеопазването*. София : Princeps, 2009, стр. 157-174.
54. **Улф младши, Ч.** *Пазар или държавна намеса*. София : Институт по пазарна икономика, 1995. стр. 156-157.
55. **България.** *Финансиране и управление на здравеопазването: теоретични основи, модели, проблеми и тенденции*. София : Министерство на финансите, 2005.
56. **Делчева, Е. и сътр.** *Пазарни и непазарни дефекти в социално-културната сфера*. София : Научно изследване на УНСС, 2000.
57. **Делчева, Е. и Атанасов, П.** *Пазарна трансформация в здравеопазването. Пазарна трансформация в социално-културната среда*. София : университетско издание "Стопанство", 2007, стр. 9-62.
58. **McCarthy, T. and Hoffmeyer, U.** *The Economics of Health Care Reform: A prototype*. [book auth.] M. Stavrakis. *European Health Care Reform*. s.l. : Nuffield Institute for Health, 1998.
59. **Ангелов, Ив. и сътр.** *Икономиката на България и Европейския съюз. Догонващо икономическо развитие - стратегия и реалности*. София : ИИ на БАН, фондация "Фр.Еберт", 2006.
60. **Йотова, Л. и Пенкова, Е.** *Икономика на благосъстоянието*. София : университетско издание "Стопанство", 2003.
61. **Хейг, П.Н. и Джаксън, П.** *Как да правим маркетингови проучвания*. Бургас : Делфин прес, 1990.
62. **Прайд, У и Феръл, О.** *Маркетингово проучване и информационни системи. Маркетинг: Концепции и стратегии*. София : ФорКом, 1996, 7, стр. 105-119.
63. **Младенов, А. и Кирилов, К.** *Маркетингов план на лечебно заведение - проблеми при събиране на информация. Медицински меридиани*. 2013 г., 2, стр. 3-10.
64. **Младенов, А. и Кирилов, К.** *Източници на пазарни данни в здравеопазването за целите на маркетингово планиране. Медицински меридиани*. 2013 г., 2, стр. 50-57.

65. **България.** Национален статистически институт. *официална интернет страница, раздел "Здравеопазване/Публикации"*. [Онлайн] Национален статистически институт. [Цитирано на: 4 юли 2012 г.] www.nsi.bg/otrasal-publikacii.php?otr=22.
66. **IMS Health.** http://www.imshealth.com/portal/site/ims.official_corporate_site. [Online] www.imshealth.com.
67. **Market Links.** www.mmlinks.net. *официална интернет страница, раздел "LinksHealth"*. [Онлайн] MarketLinks. [Цитирано на: 4 юли 2012 г.] Изследването не е свободно достъпно за посетителите на сайта. <http://www.mmlinks.net/links.php?ln=1&color=2&page=consumer&brand=1>.
68. **Прайд, У. и Феръл, О.** Целеви пазари:маркетинг и оценка. [автор на книга] У. Прайд и О. Феръл. *Маркетинг:концепции и стратегии*. 8. София : ФорКом, 1996, 4, стр. 54-56.
69. **Мутафова, Е., и др., и др.** Планиране в "Планиране и финансиране на болниците". [автор на книга] Л. Иванов и Ж. Големанова. *Болничен мениджмънт*. София : НЦОЗ, 2005, 4, стр. 47-53.
70. **Стефанов, Н.** Стратегическо управление. [автор на книга] Т. Стоянова и А. Андреева. *Основи на болничното управление*. София : Македония прес, 2000.
71. **Стоянова, Т. и Андреева, А.** *Основи на болничното управление*. София : Македония прес, 2000. стр. 468-480.
72. **Попов, С., Давидов, Б. и Димова, А.** *Управление на болницата*. София : Св. Климент Охридски, 2004.
73. **Ansoff, I and McDonell, E.** *Implementing strategic management*. Second. Cambridge : Prentice Hall Inc, 1990.
74. **Младенов, А. и Кирилов, К.** Използване на анкетен метод за събиране на информация с цел създаване на маркетингов план в болнично лечебно заведение. *Здравна политика и мениджмънт*. 2012 г., 2, стр. 25-30.
75. **МБАЛ "Доверие" АД.** официална интернет страница. www.mbal.doverie.bg. [Онлайн]
76. **България.** *Доклад за оценяване на МБАЛ "Доверие" АД*. Министерство на здравеопазването. София : Експертна комисия за оценка към Акредитационния съвет на МЗ, 2008.
77. **МБАЛ "Свети Иван Рилски" ЕАД.** Официална интернет страница. [Online] МБАЛ "Свети Иван Рилски" ЕАД. [Cited: юли 15, 2012.] <http://www.rilski.com/aboutus.html>.
78. **България.** *Доклад за самооценяване на цялостната медицинска дейност на МБАЛ "Свети Иван Рилски" ЕАД*. Министерство на здравеопазването. София : Протоколно решение № 3/11.4.2007 на Съвета на директорите на лечебното заведение, 2007.

79. —. Национална здравно-осигурителна каса. *официална интернет страница, раздел "НРД/2006/приложения 2007"*. [Онлайн] Национална здравно-осигурителна каса. [Цитирано на: 15 юли 2012 г.]
80. **МБАЛ "Доверие" АД.** официална интернет страница. [Онлайн] МБАЛ "Доверие" АД. [Цитирано на: 5 юли 2012 г.] http://www.mbal.doverie.bg/download/kp_pateki.pdf.
81. **България.** Министерство на здравеопазването. *официална интернет страница, раздел "Здравна реформа/Документи"*. [Онлайн] Министерство на здравеопазването. [Цитирано на: 5 септември 2012 г.] www.mh.government.bg/Articles.aspx?lang=bg-BG&pageid=472&home=true.
82. —. Министерство на здравеопазването. *официална интернет страница, раздел "Концепции и програми"*. [Онлайн] Министерство на здравеопазването. [Цитирано на: 5 септември 2012 г.] <http://www.mh.government.bg/Articles.aspx?lang=bg-BG&pageid=419>.
83. —. Национална здравно-осигурителна каса. *официална интернет страница, раздел "НРД/Национален рамков договор 2012"*. [Онлайн] Национална здравно-осигурителна каса. [Цитирано на: 4 юли 2012 г.] www.nhif.bg/web/guest/203.
84. *Болниците са получили 1,2 млрд. лв. през 2011 г.* **Николова, Д.** София : Капитал Daily, 2012 г., стр. 4.
85. *Парите на здравната каса напускат столицата.* **Атанасов, К.** София : вестник "Банкеръ", 2012 г., стр. 20. 18 (984).
86. **Виткова, М.** Държавата преразпределя здравни фондове. вестник "Труд", София : Дияна Тенчева, 5 май 2012 г.
87. **България.** Национална здравно-осигурителна каса. *официална интернет страница, раздел "За болници/Изплатени средства"*. [Онлайн] Национална здравно-осигурителна каса. [Цитирано на: 4 юли 2012 г.] <http://www.nhif.bg/web/guest/43>.
88. **Младенов, А. и Кирилов, К.** Използването на показателите за дейността в болнично лечебно заведение за целите на маркетинговото планиране. *Здравна политика и мениджмънт.* 2012 г., 3, стр. 14-19.
89. **Thompson, S. and Mossialos, El.** Private health insurance and access to health care in the European Union. *Euro Observer.* 2004, Vol. 6, 1.
90. **Борисов, В и Кирилов, К.** Маркетинг в здравеопазването. [автор на книга] В Борисов. *Въведение в здравния мениджмънт.* София : Лукс, 1995.
91. **Драмънд, М., и др., и др.** *Методи за икономическа оценка на здравни програми.* София : Министерство на финансите, 2007.
92. **Борисов В., Юркова К., Салчев П.** *Социална медицина.* София : "Топ мениджмънт адвайзорс" ЕООД, 1999.

93. **Борисов, В., Воденичаров, Ц. и сътр.** *Ново обществено здравеопазване*. София : Акварикс, 1998.
94. **Бачев, С.** Икономика на здравеопазването. [автор на книга] В Борисов, Зл. Глутникова и Ц Воденичаров. *Ново обществено здравеопазване*. София : "Акваграфикс" ООД, 1998.
95. **Борисов, В.** *Въведение в здравния мениджмънт*. София : н.а., 1995.
96. —. *Здравна политика и мениджмънт*. София : "График Консулт" ООД, 1998.
97. —. *Методология на социалната медицина (проблеми и тенденции)*. София : Медицина и физкултура, 1990.
98. —. *Синтетична социална медицина*. София : учебен компендиум, 1999.
99. —. Шансове и рискове на здравната реформа. *Всичко за България*. 1999 г.
100. **Брешков, И и Ботушарова, М.** *Маркетинг на услугите*. София : УИ "Стопанство", 1990.
101. **Давидов, Б и Грива, Хр.** *Метод "Среден разход на диагноза" - същност, резултати, възможности за приложение*. София : Експрес принт, 2000.
102. **Попов, М.** *Здравната реформа в България*. София : Македония прес, 1997. Том 1.
103. —. *Здравната реформа в България*. София : Македония прес, 1998. Том 2.
104. **Волф, Я.** *Маркетинг*. София : УИ "Стопанство", 1994.
105. **Маринова, З.** *Основи на пазарната икономика*. Пловдив : Хермес, 1995.
106. **Маринова, Е.** *Маркетинг*. 4. Варна : Принцепс, 1996.
107. **Стоянов, Д.** *Стратегически маркетинг*. София : УИ "Стопанство", 1999.
108. **Сотирова, Д.** *Бизнес-етика*. София : ИНИ "Индустри идея", 1995.
109. **Хопкинс, К.** *Научната реклама*. Варна : Принцепс, 1994.
110. **Baker, M.J.** *Marketing. An introductory text*. Fifth. London : The Macmillan Press Ltd, 1994.
111. **Armstrong, M.** *How to be an even better manager*. Fourth. London : Kogan Page Lid, 1994.
112. **Dibb, S, Simkin, L and Pride, W.** *Marketing. Concepts and strategies*. London : Houghton Mufflin Company, 1991.
113. **Krajivski, L.J. and Ritzman, L.P.** *Operations management. Strategy and Analysis*. Fourth. Massachusetts : Harper Collins Publishers Inc., 1993.
114. **Mooney, G.H.** *Economics, Medicine and Health Care*. London : Weatsheaf Books Ltd., 1986.
115. **Атанасов, Б., Владимирова, Т. и Пелов, Т.** *Цени и ценообразуване*. София : университетско издание "Стопанство", 1994.

116. **Браун, К. и Джаксън, П.** *Икономика на публичния сектор, адаптиран вариант.* София : Пъбликсайсет - Агри ЕООД, под общата редакция на Г.Манлиев, 1998.
117. **Зиновиева, Д.** Актуален правен режим за създаване и дейност на частни медицински структури. *Частната медицинска практика в България.* София : Сиела, 1996, стр. 12-15.
118. **Попов, М. и Делчева, Е.** *Технологии в здравеопазването.* София : университетско издание "Стопанство", 1996.
119. **Делчева, Е.** *Здравният икономикс.* София : университетско издание "Стопанство", 1994.
120. **Попов, М.** Въведение в теорията и практиката на здравната политика. *Здравната реформа в България.* София : Македония прес, 1997, Том 1, стр. 17-61.
121. **Thomsen, I. and Freilev, L.** *How to achieve efficiency in hospitals.* Copenhagen : Danish Hospital Institute, 1991.
122. **McGuire, T., Henderson, J. and Mooney, G.** *The economics of Health Care.* London, New York : Routledge & Kegan P, 1988.
123. **Гладилов, С.** Модел на стратегия за догонващо икономическо развитие на здравеопазването за периода до 2020 година. *Здравен мениджмънт.* 2005 г., 3, стр. 5-11.
124. **Делчева, Е.** Приложение на кейс-микс класификацията за разпределение на ресурсите и финансите на болниците. *Бюлетин на НЦОЗ.* 1997 г., 2, стр. 23-29.
125. **Класова, Св.** Държавното регулиране на цените при пазарната икономика. *Алтернативи.* 1997 г., 5, стр. 20-24.
126. **Gladilov, S.** *Main aspects of Technology for investing in Health Care in countries in transition. Challenges of delivering Health in the enlarged Europe.* Sunny Beach : Conference materials, 2006. pp. 379-380, presentation.
127. **Попов, М и Делчева, Е.** *Пазарно проникване в здравеопазването.* София : УНСС, 1994. презентация.
128. **Иванов, Л.** Кейс-микс - ново направление в здравния мениджмънт. *Бюлетин на НЦОЗ.* март 1997, 2.
129. **Dixon, A., Langenbrunner, J. and Mossialos, E.** *Facing the challenges of health care financing.* Conference. Washington : USAID, 2002. presentation.
130. **Frenk, J., Ruelas, E. and Donabedian, A.** Staffing and training aspects of hospital management: some issues for research. *Medical Care Review.* 1989, Vol. 2, 46, pp. 189-220.
131. **Котър, Дж. и Коен, Д.** *Сърцето на промяната.* София : Класика стил, 2003.
132. **Christianson, J. and et al.** *Restructuring: Chronic illness management, best practices and innovations in team-based treatment.* San Francisco : Josey-Bass, 1998.

133. **Litke, H. und Hayes, R.** *Projektmanagement*. 2. s.l. : STS, 2000.
134. **McLaughlin, C. and Kaluzny, A.** *Continious improvement in health care*. Gaithersburg,MD : Aspen Publications, 1999.
135. **Rakich and et al.** *Managing health care organizations*. Baltimor, MD : Health professions press, 1992.
136. **Балабанов, П.** Планиране и икономика на здравеопазването. Маркетинг. [автор на книга] Учебник. *Социална медицина*. София : н.а., 1992, стр. 320-346.
137. **Ангелов, Ив. и сътр.** *Икономиката на България и Европейския съюз. Стратегия за догонващо икономическо развитие до 2020 година*. София : ИИ на БАН, фондация "Фр.Еберт", 2003.
138. **Воденичаров Ц., Борисов В.** *Доброволното здравно осигуряване. Стратегия на избора*. София : МИ "Арсо", 1999.

ПРИЛОЖЕНИЕ I

Списък на използваните нормативни актове (последна актуализация 1.2.2013 г.)

№	Наименование на документа
1	Търговски закон В сила от 01.07.1991 г. Отразена деноминацията от 05.07.1999 г. Обн. ДВ. бр.48 от 18 Юни 1991 г., посл. изменение ДВ бр.60 от 7.8.2012 г.
2	Закон за здравето, обн. - ДВ, бр. 70 от 10.08.2004 г.; в сила от 01.01.2005 г.; изм., В сила от 02.06.2009 г. Обн. ДВ. бр.41 от 2 Юни 2009г.
3	Закон за лечебните заведения Отразена деноминацията от 05.07.1999 г. Обн. ДВ. бр.62 от 9 Юли 1999г., изм. ДВ. бр.59 от 20 Юли 2007г.
4	Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина В сила от 13.04.2007 г. Обн. ДВ. бр.31 от 13 Април 2007г., изм. ДВ. бр.102 от 28 ноември 2008г.
5	Закон за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина (Загл. Изм. - ДВ, бр. 76 от 2005 Г., в сила от 01.01.2007 Г.) Обн. ДВ. бр.83 от 21 Юли 1998г., изм. ДВ. бр.31 от 13 Април 2007г.
6	Наредба № 18 от 20 юни 2005 г. за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения. В сила от 16.07.2005 г. Обн. ДВ. бр.54 от 1 Юли 2005 г., изм. ДВ. бр.67 от 18 Август 2006 г., изм. ДВ. бр.77 от 2 Септември 2008 г.
7	Наредба № 19 от 22 юли 1999 г. за водене на регистър на лечебни заведения за извънболнична помощ и хосписите. Обн. ДВ. бр.68 от 30 Юли 1999г., изм. ДВ. бр.79 от 10 Септември 2004г.
8	Закон за здравословни и безопасни условия на труд, отразена деноминацията от 5.07.1999 г. Обн. ДВ. бр.124 от 23 Декември 1997г., изм. ДВ. бр.105 от 22 Декември 2006г.
9	Закон за управление на отпадъците, Обн. ДВ. бр.86 от 30 септември 2003г., изм. ДВ. бр.36 от 2008г.
10	Наредба № 32 от 7.11.2005 г. за условията и реда за извършване на индивидуален дозиметричен контрол на лицата, работещи с източници на йонизиращи лъчения
11	Наредба № 30 от 31.10.2005 г. за условията и реда за осигуряване защита на лицата при медицинско облъчване (ДВ, бр. 91 от 2005 Г.)
12	Наредба за изменение и допълнение на наредба № 30 от 2005 г. за условията и реда за осигуряване защита на лицата при медицинско облъчване, обн. ДВ. бр.99 от 8 Декември 2006г.
13	Наредба № 29 от 16 септември 2005 г. за здравни норми и

- изисквания при работа в среда на йонизиращи лъчения
- 14 Наредба № 28 от 9 септември 2005 г. за условията и реда за регистрация, обработка и съхраняване на данните, съдържащи се в регистъра на лицата, които работят или са работили в среда на йонизиращи лъчения
 - 15 Наредба № РД-07/8 от 20 декември 2008г за минималните изисквания за знаци и сигнали за безопасност и/или здраве при работа, обн. ДВ. Бр. 3 от 13 януари 2009
 - 16 Закон за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите
В сила от 03.10.1999 г.
Отразена деноминацията от 05.07.1999 г.
Обн. ДВ. бр.30 от 2 Април 1999г., изм. ДВ. бр.69 от 5 Август 2008г.
 - 17 Наредба № 21 от 12.10.2000 г. за изискванията към документацията и отчетността при извършване на дейности с наркотични вещества и техните препарати, обн., ДВ, бр. 86 от 20.10.2000 г., в сила от 20.10.2000 г.
 - 18 Наредба № 4 от 15 януари 2001 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти
ИЗДАДЕНА ОТ МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
Обн. ДВ. бр.10 от 2 Февруари 2001г., изм. ДВ. бр.74 от 30 Юли 2002г., изм. ДВ. бр.82 от 16 Септември 2003г., изм. ДВ. бр.32 от 12 Април 2005г., изм. ДВ. бр.34 от 25 Април 2006г.
 - 19 Медицински стандарт „Образна диагностика”
 - 20 Медико-технически стандарт по зъботехника
 - 21 Кодекс на труда (ДВ бр. 41 от 2.06.2009 г., в сила от 1.07.2009 г.)
 - 22 Наредба № 3 от 19.04.2001 г. за минималните изисквания за безопасност и опазване на здравето на работещите при използване на лични предпазни средства на работното място
Издадена от министъра на труда и социалната политика и министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 46 от 15.05.2001 г., в сила от 16.08.2001 г., изм. и доп., бр. 40 от 18.04.2008 г.
 - 23 Наредба № 11 за специалното работно облекло и предпазните средства
приета от министерството на труда и социалните грижи и министерството на здравеопазването, обн., дв, бр. 66 от 3 август 1993 г.



ПРИЛОЖЕНИЕ II

Списък на клиничните пътеки, по които МБАЛ „Доверие“ АД обслужва здравно осигурени пациенти през 2012 г.

№ на КП	КЛИНИЧНИ ПЪТЕКИ 2011	Минимален болничен престой в дни	Цена на КП (лв.) по ОК	Макс. сума за избор на лекар по наредба	Цена избор на лекар в Доверие	Макс. Сума избор експл	Цена избор на експл в Доверие
26	Заболявания на горния гастроинтестинален тракт	3	600	300	0	450	0
27	Интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестиналния тракт с неголям обем и сложност	до 24 ч.	120	60	0	90	0
28	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестинален тракт	3	850	300	0	450	0
29	Болест на Крон и улцерозен колит	4	1100	300	0	450	0
30	Заболявания на тънкото и дебелото черво	3	604	300	0	450	0
31	Ендоскопско и медикаментозно лечение при остро кървене от гастроинтестиналния тракт	3	579	289.5	0	434.25	0
32	Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на хепатобилиарната система (ХБС), панкреаса и перитонеума	3	1500	362.1	0	700	0
33	Заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума	3	920	300	0	450	0
34	Декомпенсирани чернодробни заболявания (цироза)	3	1000	300	0	450	0
35	Хронични вирусни хепатити	2	604	300	0	450	
36	Хронични чернодробни заболявания	3	630	300	0	450	400
70	Трансуретрално оперативно лечение при онкологични заболявания на пикочния мехур: стадии T1-3, N0-2, M0-1	2	800	300	250	450	400
72	Трансуретрална простатектомия	2	1000	300	250	450	400
73	Отворени оперативни процедури при доброкачествена хиперплазия на простатната жлеза и нейните усложнения, с изключение на ендоскопски методи	5	1200	300	250	450	400
74	Консервативно лечение на продължителна бъбречна колика	до 24 ч.	130	58	50	87	80
75	Бъбречно-каменна болест: уrolитиаза – екстракорпорална литотрипсия	1	380	190	150	285	230
76	Бъбречно-каменна болест: уrolитиаза – ендоскопски методи на лечение	1	774	300	250	450	400
77	Оперативни процедури при вродени заболявания на пикочо-половата система	4	2500	300	250	450	400
78	Оперативни процедури върху мъжка полова система	1	500	200	150	300	250
79	Оперативни процедури на долните пикочни пътища с голям обем и сложност	5	2600	386.1	300	700	600

№ на КП	КЛИНИЧНИ ПЪТЕКИ 2011	Минимален болничен престой в дни	Цена на КП (лв.) по ОК	Макс. сума за избор на лекар по наредба	Цена избор на лекар в Доверие	Макс. Сума избор екип	Цена избор на екип в Доверие
80	Оперативни процедури на долните пикочни пътища със среден обем и сложност	3	1160	300	250	450	400
81	Оперативни процедури при инконтиненция на урината	3	612	300	250	450	400
83	Ендоскопски процедури при обструкции на долните пикочни пътища	1	450	225	200	337.5	300
84	Оперативни процедури при травми на долните пикочни пътища	2	1000	192.50	150	288.75	200
85	Оперативни процедури на бъбрека и уретера с голям и много голям обем и сложност	7	2300	400	300	700	500
86	Оперативни процедури на бъбрека и уретера със среден обем и сложност	3	942	300	250	450	300
89	Консервативно лечение на възпалителни заболявания на мъжките полови органи	3	440	220	0	330	0
142	Преждевременно прекъсване на бременността по медицински показания	1	183	91.5	90	137.5	135
144	Стационарни грижи при бременност с повишен риск преди 36 гестационна седмица	3	390	185	0	292.5	0
145	Нерадикално отстраняване на матката	5/2	1024	307.2	200	614.4	280
147	Оперативни интервенции чрез коремен достъп за отстраняване на болестни изменения на женските полови органи	4	711	305.5	200	450	280
149	Оперативни интервенции чрез долен достъп за отстраняване на болестни изменения или изследване на женските полови органи	до 24 ч.	277	138.5	0	207.75	150
150	Корекции на тазова (перинеалната) статика и/или на незадържане на урината при жената	5	806	300	200	450	280
151	Диагностични процедури и консервативно лечение на на токсоинфекцизен и анемичен синдром от акушеро-гинекологичен произход	5	408	204	0	306	0
152	Корекции на проходимост и възстановяване на анатомия при жената	5	605	300	200	450	280
156	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум с голям и много голям обем и сложност, при лица над 18 години	5	2500	472.6	350	945.2	430
157	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум с голям и много голям обем и сложност, при лица под 18 години	10	2363	472.6	350	945.2	430
158	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум със среден обем и сложност, при лица над 18 години	5	1521	400	350	700	430
159	Оперативни процедури на хранопровод, стомах и дуоденум със среден обем и сложност, при лица под 18 години	5	1521	400	350	700	430
160	Оперативни процедури на тънки и дебели черва, вкл. при заболявания на мезентериума и ретроперитонеума с голям и много голям обем и сложност, при лица над 18 години	7-конв. 5-лап.	2053	410.6	350	821.2	430
161	Оперативни процедури на тънки и дебели черва, вкл. при заболявания на мезентериума и ретроперитонеума с голям и много голям обем и сложност, при лица под 18 години	6	2053	410.6	350	821.2	430

№ на КП	КЛИНИЧНИ ПЪТЕКИ 2011	Минимален болничен престой в дни	Цена на КП (лв.) по ОК	Макс. сума за избор на лекар по наредба	Цена избор на лекар в Доверие	Макс. Сума избор екип	Цена избор на екип в Доверие
162	Оперативни процедури на тънки и дебели черва със среден обем и сложност, при лица над 18 години	2	939	300	300	450	380
163	Оперативни процедури на тънки и дебели черва със среден обем и сложност, при лица под 18 години	4	939	300	300	450	380
164	Оперативни процедури върху апендикс	1	558	279	250	418.5	330
165	Хирургични интервенции за затваряне на стома	3	624	300	300	450	380
166	Хирургични интервенции на ануса и перианалното пространство	1	426	213	200	319.5	280
167	Оперативни процедури при хернии	1	574	287	200	393	280
168	Оперативни процедури при хернии с инкарпация	2	601	300	300	450	380
169	Конвенционална холецистектомия	2	1127	338.1	300	676.2	380
170	Лапароскопска холецистектомия	1	880	300	300	450	380
171	Оперативни процедури върху екстрахепаталните жлъчни пътища	4	2138	427.6	300	855.2	380
173	Оперативни процедури върху черен дроб при ехинококова болест	4	1355	406.5	300	813	380
175	Оперативни процедури върху панкреас и дистален холедох, със среден обем и сложност	2	1720	400	300	700	380
176	Оперативни процедури върху далака при лица над 18 години	5	1000	300	300	450	380
178	Оперативни интервенции при диабетно стъпало, без съдово реконструктивни операции	3	920	300	300	450	380
179	Оперативно лечение на онкологично заболяване на гърдата стадии Tis 1-4 N 0-2 M 0-1	3	1100	330	330	660	410
180	Оперативни интервенции върху гърда при неонкологични заболявания с локална ексцизия и биопсия	до 24ч.	200	100	100	150	150
181	Оперативно лечение при остър перитонит	5	2000	400	350	700	430
182	Оперативно лечение на интраабдоминални абсцеси	5	1375	400	350	700	430
183	Консервативно лечение при остри коремни заболявания	2	714	300	300	450	0
184	Животозастрапаващи инфекции на меките тъкани - хирургично лечение	2	550	225	200	412.5	280
185	Лечение на тумори на кожа и лигавици – злокачествени новообразувания	1	454	227	200	340.5	280
187	Оперативни процедури върху щитовидна и паращитовидни жлези, с голям и много голям обем и сложност	2	900	300	250	450	400
188	Оперативни процедури върху щитовидна и паращитовидни жлези, със среден обем и сложност	1	700	300	250	450	400
189	Хирургично лечение при надбъбречни заболявания	5	1500	363	300	726	380

№ на КП	КЛИНИЧНИ ПЪТЕКИ 2011	Минимален болничен престой в дни	Цена на КП (лв.) по ОК	Макс. сума за избор на лекар по наредба	Цена избор на лекар в Доверие	Макс. Сума избор екип	Цена избор на екип в Доверие
202	Консервативно поведение при леки и среднотежки черепно-мозъчни травми	2/5/3	384	192	180	288	0
204	Периферни и черепномозъчни нерви (екстракраниална част) – оперативно лечение	2	800	300	200	602.4	0
205	Гръбначни и гръбначно-мозъчни оперативни интервенции	3	1819	400	400	700	0
215	Оперативни процедури с голям и много голям обем и сложност на таза и долния крайник	6	2050	401	400	802	0
216	Оперативни процедури с алопластика на тазобедрена и колянна става	6	1257	377.1	350	700	0
217	Оперативни процедури на таза и долния крайник със среден обем и сложност	3	910	300	300	450	0
218	Малки оперативни процедури на таза и долния крайник	1	365	182.5	150	273.75	0
219	Артроскопски процедури в областта на скелетно-мускулната система	1	700	300	300	450	0
220	Големи оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник	3	1000	300	300	450	0
221	Много големи оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник	3	1326	397.8	350	700	0
222	Средни оперативни процедури в областта на раменния пояс и горния крайник	2	460	225	200	350	0
223	Малки оперативни процедури на раменен пояс и горен крайник	1	275	130	100	195	0
283	Оперативно лечение на поражения, предизвикани от ниски температури /измръзване/	3	400	144.5	140	216.75	200

ЕКИПА ВКЛЮЧВА: лекар, извършващ интервенцията, друг/други лекари със специалност, различна от специалността на първия лекар, и специалист по здравни грижи.



ПРИЛОЖЕНИЕ III

Анкетна карта за събиране и анализ на необходимата за маркетингови цели информация в болнично лечебно заведение

(попълва се от автора при анкетиране на представители на управлението на болницата)

I Раздел – “Здравни услуги”

I.1. Вид здравни услуги

1. Какви здравни услуги предлага Вашата болница?

- Консултативни прегледи
- Специализирани инструментални изследвания
- Високоспециализирани дейности
- Лабораторни изследвания
- Оперативна дейност
- Експертиза на работоспособността
- Промоция на здравето
- Профилактични прегледи
- Трудова медицина
- Долекуване и продължително лечение

Опишете ги накратко по медицински специалности и диагнози

2. Как осъществявате вашите здравни услуги?

- Стационарно
- Дневен стационар
- Амбулаторно
- Друго – моля опишете

3. Основни показатели на дейността:

3.1. Кои основни показатели следите?

3.2. Разбивка на показателите в динамика за последните три години, например по следната схема:

Показатели	2008	2009	2010
Брой легла			
-общо			
-по отделения			
Персонал:			
- общо по щат и фактическа заетост			

- по длъжност – по щат и фактическа заетост			
Брой преминали болни			
Използваемост на леглата - общо - по отделения			
Оборот на леглата -общо -по отделения			
Среден престой -общо -по отделения			
Болничен леталитет -общо -по отделения			
Специфични показатели (ако е приложимо)			

4. С каква диагностична апаратура разполагате? Дайте разбивка на апаратурата по отделения! Кой борави с тази апаратура (лекар, сестра, техник). Каква квалификация (налична, предстояща за придобиване, изискваща се съгласно нормативната уредба на страната) има специалистът (ите) за боравене с тази апаратура?
5. Кои от вашите здравни услуги се нуждаят от външен принос (например рентген, лаборатория). Кои по-точно са външните за вас услуги. Къде се извършват външните услуги и от кого? Дайте кратка обосновка защо точно тези услуги са изнесени към външен подизпълнител!

I.II. Развитие на здравните услуги

1. Какви са вашите планове за развитие на предлаганите от вас здравни услуги
 - По отношение на вече съществуващите
 - По отношение на нови за вас услуги
2. Ако трябва да се планира в определен времеви хоризонт, как виждате своето развитие и за какъв период?

I.III. Качество на предлаганите от вас здравни услуги

1. Съществува ли Програма за управление на качеството в лечебното заведение? Ако има, моля приложете едно копие от документа.
2. Провеждани ли са анкети с пациентите за обективизиране на тяхната удовлетвореност.
3. Измервана ли е удовлетвореността на персонала от дейността им във Вашата болница? Ако да, кои са най-често посочваните проблеми?
4. Как измервате и проследявате очакванията и потребностите на Вашите пациенти?
 - С анкети провеждани от персонала на МБАЛ
 - С анкети провеждани от консултантска фирма
 - Разговори с пациентите
5. Как на практика се осъществява колаборация на специалистите от МБАЛ и на тези от доболничната помощ?
 - Документално чрез пациента
 - Устно чрез пациента
 - Лично с ОПЛ и/или със специалист от доболничната помощ (в случай че изберете този отговор, моля дайте кратко описание на взаимоотношенията си с ОПЛ и/или със специалиста от доболничната помощ – например финансова договорка, регулярни срещи, съвместни мероприятия и т.н.)
6. Имат ли пациентите изградени лични медицински досиета в електронен или хартиен вид?
 - Да
 - Не
 - Предстои в бъдеще
7. Как се подрежда медицинската документация?
 - По хронологичен ред
 - По азбучен ред
 - По медицински специалности
 - По друг начин
 - Не се подрежда
8. Има ли текучество на персонала?
 - Да
 - Не

9. В случай, че има текучество, имате ли данни по какви причини напуска вашия персонал. Моля приложете кратко описание, базирано на брой напуснали през последната година, длъжност и квалификация и причина!
10. Имате ли вътрешна политика към служителите си, насочена към тяхното дългосрочно задържане (например отпускане на вътрешни заеми, гаранция пред банка за отпускане на кредит, покриване на разходи за повишаване на квалификацията, допълнителна здравна осигуровка, авансово изплащане на възнаграждението и т.н.)
11. Как се осъществява вътрешната комуникация в МБАЛ?
- Лични разговори
 - Редовни заседания на Медицинския Съвет
 - Чрез медицинската документация
 - По телефона
 - По електронен път
 - Друго – моля посочете

Има ли предпочитан от служителите канал на комуникация? Имате ли впечатление от предимствата и недостатъците на всеки от посочените канали?

12. Извършва ли се /подпомага ли се обучението на персонала от страна на Вашата болница? По какъв начин? Какъв вид обучение? Поддържате ли справка на кои служители какъв вид обучение е извършено / подпомогнато?
13. Правени ли са опити за бенчмаркинг (съпоставяне на Вашата МБАЛ с друга подобен по структура МБАЛ по отношение на вложения средства, инвестиции, квалификация на персонала, финансови и медицински резултати)? Имате ли нужда от подобни данни?
14. Какъв е акредитационният статус на Вашата болница? Как се отнасяте към акредитацията като механизъм за управление на качеството на здравните услуги?

II Раздел “Ценообразуване и финансиране на дейността”

II.I. Приходна част – финансиране

1. Какви са източниците на вашите приходи (частни пациенти, НЗОК, доброволни фондове, дарения, други – уточнете)
2. Как се разпределят вашите приходи по източници (в процент и в абсолютно изражение)
3. Икономически показатели:
 - 3.1. Кои икономически показатели следите?
 - 3.2. Разбивка на показателите в динамика за последните три години, например по следната схема:

Стойности на:	2008	2009	2010
Лекарстводен			
Храноден			
Преминал болен			
Леглоден			

4. Планирате ли оптимизиране на приходите през следващ период от (уточнете продължителност)? Ако да, по какъв начин (повишаване на цените, търсене на нови източници, разширяване на дейността, създаване на допълващи се дейности, общи обслужващи процеси, и т.н)

II.II. Приходна част – ценообразуване

1. Каква методология използвате за ценообразуването на вашите здравни услуги (на база на пазарни проучвания, на база на вътрешни разходи, смесена – моля опишете)
2. Имате ли система за оценка на възприятието на цената от вашите клиенти (въпросници, събиране и систематизиране на мнения)
3. Как се съотнасят цените на вашите здравни услуги с цените на еднородни такива в града, където работите (ако имате данни или поне впечатление)
4. Имате ли планове за повишаване на размера на печалбата през следващ период (моля уточнете продължителността на периода)? Какви са те (минимизиране на разходите, развитие на печеливши дейности, увеличаване на оборота – моля дайте кратко описание)

II.III. Разходна част

1. Каква е структурата на вашите разходи? Има ли динамика през последните три години (растат, намаляват, променя се съотношението)
2. Планирате ли оптимизиране на разходите през следващите 6 месеца, 1 година и 3 години. Какви мерки предвиждате и как те според вас ще доведат до такова оптимизиране?

III Раздел “Дистрибуция и осъществяване на здравните услуги”

III.I. Инфраструктура

1. Как е устроена Вашата МБАЛ – колко отделения, кабинета, колко чакални, санитарни помещения, рецепция, телефонна връзка, факс, интернет, е-мейл
2. Какъв е общия капацитет на Вашата МБАЛ по отношения на потока на пациентите – за 1 час, за 1 ден, за 1 месец (без почивните дни) и за 1 година (без почивни дни и празници)
3. Какъв е режимът на работа във Вашата МБАЛ – една, две, три смени? Обслужвате ли спешни медицински дейности? Ако не – защо?
4. Моля дайте разбивка на дейности по отделения, например:

Брой болни на ден...

Брой диагнози на ден..... (уточнени, неуточнени, съвпадаемост)

Средно време на пациент.....

Средно време на пациент на диагноза (ако имате данни).....

Рецепция: обем дейности – посрещане на пациенти, записване, телефон, факс, назначаване на посещение, база данни.....

Средно време в листата на чакащите (ако имате данни) по кабинети и/или диагнози...

Средно време за обслужване на един пациент от рецепцията (ако имате данни)....

III.II. Достъпност и обхват

1. Къде се намира Вашата МБАЛ?
2. Има ли връзка с градски транспорт?
3. Какъв регион покрива (квартал, община, град)?
4. Имате ли данни откъде идват вашите пациенти (по адресна регистрация). Ако да, какво е разпределението на посещаемостта по региони.

5. Имате ли данни за мнението на вашите клиенти относно достъпността на болницата Ви. Ако да, моля опишете.

III.III. Развитие на инфраструктурата

1. Планирате ли разширяване/преустройство на Вашата МБАЛ в близко бъдеще? Ако да, защо?
2. Планирате ли разкриване на филиал на Вашата МБАЛ в близко бъдеще? Ако да, къде – в друга област, в София ли?

IV Раздел “Маркетинг и промоция”

IV.I. Маркетингов план

1. В случай, че имате такъв план, моля посочете следните детайли и приложете копие от него:
 - Кога е разработен и по какъв повод? Какъв период от време визира?
 - От кого е разработен?
 - Какви пазарни данни ползва (собствени анализи, данни от НЗОК, данни от РЦЗ, проучвания сред клиенти, други – моля посочете)?
 - Има ли в него тактико-оперативна част с измерване на междинни постижения? Кой ги измерва и по какъв начин?
 - Придържате ли се към този план?
 - Актуализирате ли този план всяка година?

2. В случай, че нямате такъв план:
 - 2.1. Разполагате ли с пазарни данни по отношение на:
 - Вид и обем на предлагани конкурентни медицински услуги във вашия регион (квартал, община, град и т.н.)
 - Цена на тези услуги
 - Начин на финансиране на тези услуги
 - Конкурентност на тези услуги – от какви специалисти се извършват, с какво качество, в какъв обем за период от време
 - Промоция на тези услуги – как стига информацията до клиентите (виж по-надолу)
 - 2.2. Разполагате ли с пазарни данни по отношение на:
 - Пазарен потенциал на вашите услуги разбити по дейности (съотнесено към брой население, брой болни по нозологии, брой ЗОЛ)
 - Пазарна динамика – размер на целия пазар по стойност и обеми (по нозологии), ръстове, трендове
 2. 3. Разполагате ли с проучвания сред клиенти. Ако да какви?
 2. 4. Разкрити или потенциални здравни нужди за вашите предлагани или потенциални здравни услуги (собствени анализи, други източници)?

IV.II. Промоция

1. Извършвате ли промоция на предлаганите от вас услуги пред клиенти. Ако да, къде и по какъв начин?
2. Какви канали за комуникация ползвате към вашите клиенти – директна промоция, промоционни материали, медии, специализирани издания, интернет, масов мейлинг, други - моля опишете.
3. Имате ли информационна служба за пациентите към Вашата МБАЛ (например рецепция, e-mail).
4. Записвате ли въпросите, които постъпват към болницата? Запазвате ли дадените отговори по някакъв начин – ако да, моля уточнете!
5. Извършвате ли промоция на вашите услуги пред здравни специалисти – ОПЛ, специалисти в СИМП, медицински сестри, други?
6. Какви канали за комуникация ползвате към здравните специалисти – директна промоция (face-to-face call, групови срещи), промоционни материали, медии, специализирани издания, интернет, масов мейлинг, други – моля опишете.
7. Ако извършвате някаква промоция, имате ли система за оценка на нейната ефективност (например откъде пациентът знае за Вашата МБАЛ)
8. Какви са разходите ви за промоция като % и абсолютна стойност от годишните ви приходи? Какъв е трендът (нараства, намалява като % и абсолютна стойност)?



ПРИЛОЖЕНИЕ IV

Попълнена анкетна карта за събиране и анализ на необходимата за маркетингови цели информация в МБАЛ „Доверие“ АД

Използвани в анкетата означения:

- текст, маркиран в **жълт** фон: описателен отговор
- текст, маркиран в **червено**: отбелязан в анкетата отговор
- текст, маркиран в **черно** с курсив (bold) на червен фон: липсващ отговор
- текст, маркиран в **черно** с курсив и на жълт фон: акцент в дадения отговор

Анкетата беше проведена от д-р Андрей Младенов с участието на изпълнителния директор на болницата, главния счетоводител, главната сестра, както и завеждащи на по-големите отделения. Част от информацията, отразена тук, беше предоставена направо на електронен или хартиен носител.

Анкетата е окончателно приключена на 31.01.2012 г.

I Раздел – “Здравни услуги”

I.I. Вид здравни услуги

1. Какви здравни услуги предлага Вашата болница?

- ✓ Консултативни прегледи
- ✓ Специализирани инструментални изследвания
- ✓ Високоспециализирани дейности
- ✓ Лабораторни изследвания
- ✓ Оперативна дейност
- Експертиза на работоспособността
- Промоция на здравето
- Профилактични прегледи
- Трудова медицина
- Долекуване и продължително лечение

Опишете ги накратко по медицински специалности и диагнози

Отговор: Болницата се намира в гр. София, ж.к. „Овча Купел II”, обслужва пациенти от цялата страна и е със функции на районна болница. МБАЛ „Доверие” осъществява следните дейности (съгласно Разрешение за осъществяване на лечебна дейност № МВ - 300/29.08.2008 г.):

1. Диагностика и лечение;
2. Диагностика и консултации, поискани от лекар от други ЛЗ;
3. Рехабилитация;
4. Медикокозметични услуги;
5. Родилна помощ;

6. Клинични изпитвания на лекарства и медицинска апаратура, съгласно действащото в страната законодателство.

По следните специалности:

1. Хирургия;
2. Пластично – възстановителна хирургия;
3. Козметична /естетична/ хирургия;
4. Ушно-носно-гърлени болести;
5. Урология;
6. Акушерство и гинекология;
7. Вътрешни болести;
8. Кардиология;
9. Нефрология;
10. Ревматология;
11. Гастроентерология;
12. Нервни болести;
13. Физикална и рехабилитационна медицина;
14. Анестезиология и интензивно лечение;
15. Ортопедия и травматология;
16. Микробиология;
17. Клинична лаборатория;
18. Обща и клинична патология;
19. Образна диагностика;
20. Вирусология;

Лечебната дейност да се осъществява в:

1. Отделение по хирургия;
2. Отделение по урология;
3. Отделение по гинекология;
4. Отделение по вътрешни болести;
5. Отделение по гастроентерология;
6. Отделение по нервни болести;
7. Отделение по физикална и рехабилитационна медицина;
8. Отделение по анестезиология и реанимация;
9. Отделение по ортопедия и травматология;
10. Отделение по образна диагностика;
11. Медикодиагностични лаборатории.

МБАЛ „Доверие“ АД, гр. София е с функции на **районна** болница. МБАЛ „Доверие“ АД, гр. София, осъществява дейността си на адрес: гр. София, ж.к. „Овча Купел II, кв. 18

2. Как осъществявате вашите здравни услуги?

- Стационарно**
- Дневен стационар
- Амбулаторно**

Отговор: Към МБАЛ „Доверие“ има (1) Диагностично-консултативен блок със следните кабинети:

1. Регистратура и информация

2. Приемно – консултативни и диагностични кабинети както следва:

2.1. Хирургичен кабинет;

2.2. Кабинет ортопедия и травматология с манипулационна зала за обработка и репозиции под рентгенов контрол;

- 2.3. Урологичен и цистоскопичен кабинет;
 - 2.4. Кабинет за преданестезиологична консултация;
 - 2.5. Кабинет по вътрешни болести
 - 2.6. Кабинет по гастро-ентерология с апаратура за ендоскопска диагностика ;
 - 2.7. Кабинет по кардиология с апаратура за неинвазивна функционална диагностика (велоергометрия, ехокардиография, холтери);
 - 2.8. Кабинет по нефрология;
 - 2.9. Кабинет по ревматология;
 - 2.10. Кабинет по УНГ с аудиометрия;
 - 2.11. Кабинет по нервни болести с електроенцефалографска диагностика, електромиография, доплерсонография;
 - 2.12. Кабинет по физикална и рехабилитационна медицина;
 - 2.13 кабинет по детски болести;
 - 2.14 кабинет акушеро-гинекологичен;
 - 2.15 кабинет по ендокринология;
 - 2.16 кабинет по психиатрия;
 - 3. Медико – диагностични лаборатории, както следва:**
 - 3.1 МДЛ по микробиология;
 - 3.2 МДЛ по клинична лаборатория;
 - 3.3 МДЛ по обща и Клинична патология и цитопатология;
 - 4. Отделение по образна диагностика без легла, в това число:**
 - 4.1. кабинет за рентгенография и рентгеноскопия;
 - 4.2. кабинет за компютърна томография;
 - 4.3 кабинет за магнитно – резонансна томография;
 - 4.4 кабинет за мамография;
 - 4.5 кабинет за ехография, доплерсонография вкл. с цветно изображение;
 - 4.6 кабинет за пантомография и остеодензитометрия;
 - 5. Отделение по физикална и рехабилитационна медицина без легла:**
 - 5.1 Кабинет по електролъчение и светлолечение;
 - 5.2 Кинезитерапевтичен кабинет;
 - 5.3 Термотерапевтичен кабинет;
 - 5.4 Аерозолотерапевтичен кабинет;
 - 5.5 Хидротерапевтичен кабинет;
 - 5.6 Рефлексотерапевтичен кабинет
 - 5.7 Кабинет мануална терапия и лазертерапия;
- Структурите по ал.1 са оборудвани с необходимите за тяхната консултативно-диагностична дейност консумативи, инструменти, пособия и апаратура.

Към кабинет ортопедия и травматология в ДКБ е обособена хирургично-ортопедична зала за обработка и репозиции под рентгенов контрол.

В кабинетите за ултразвукова диагностика се обслужват пациенти на стационарно лечение във вътрешно отделение, ортопедо-травматологично отделение, хирургично отделение, гинекологично отделение, отделение по неврология, урологично и гастроентерологично отделение.

(2) Стационарен блок със 111 легла, състоящ се от:

1. Отделение по хирургия – 21 легла, разпределени както следва:

Сектор по обща хирургия – 19 легла;

Сектор по изгаряния, пластично – възстановителна и естетична хирургия – 1 легло;

Сектор по ото-рино-ларингология – 1 легло;

2. Отделение по урология – 22 легла, в т.ч. :

Сектор по литотрипсия – 11 легла;

Сектор по трансуретрална резекция – 6 легла;

Сектор по андрология – 5 легла;

3. Отделение по гинекология – 10 легла .

4. Отделение по вътрешни болести – 10 легла, разпределени както следва:

Сектор по кардиология – 7 легла,

Сектор по нефрология – 2 легла;

Сектор по ревматология – 1 легло

5. Отделение по гастроентерология– 22 легла.

Ендоскопски сектор

6. Отделение по нервни болести – 10 легла;

7. Отделение по физикална и рехабилитационна медицина без легла.

8. Отделение по анестезиология и реанимация – 6 легла в това число ситуирани в ХО – 1 интензивно легло, в ГО – 1 интензивно легло, Кардиологичен сектор на ВО – 1 интензивно легло.

9. Отделение по ортопедия и травматология – 10 легла.

Отделенията по ал. 1 разполагат с площ, достатъчна за осъществяване на съвременни болнични грижи. Същите притежават собствени манипулационни и превързочни зали.

10. Болницата разполага с Операционен блок с 5 напълно оборудвани операционни зали, за нуждите на Отделение по хирургия- 1, за отделение по гинекология - 1 , за урология- 1, за ортопедия -1 и 1 септична операционна зала.

/3/ Болницата разполага със собствена болнична аптека, която е създадена, функционира и се управлява съгласно изискванията на Закона за лекарствата и

аптеките в хуманната медицина и Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите.

/4/ Центъра за стерилизация и снабдяване със стерилни материали е оборудван с автоклав, газов стерилизатор на етилен оксид и работи при напълно затворен цикъл на стерилизация(миене, дезинфекция, зареждане, стерилизация).

/5/ Административно – стопанският блок се състои от:

1. Административен отдел;
2. Финансово – счетоводен отдел;
3. Отдел “Медицинска информация и статистика и договорни партньори”
4. Стопански дейности

✓ Друго – моля опишете

3. Основни показатели на дейността:

3.3. Кои основни показатели следите?

Отговор: МБАЛ „Доверие” осъществява непрекъснат мониторинг на следните показатели за дейност на лечебното заведение:

- ✓ Легла – средногодишен брой и динамика (новоразкрити общо и по отделения)
- ✓ Общ брой леглодни - общо и по отделения на годишна база
- ✓ Оборот на леглата – общо и по отделения на годишна база
- ✓ Използваемост на леглата (в проценти) – общо и по отделения на годишна база
- ✓ Брой преминали болни – общо и по отделения на годишна база
- ✓ Брой изписани болни – общо и по отделения на годишна база
- ✓ Брой умрели - общо и по отделения на годишна база
- ✓ Болничен леталитет - общо и по отделения на годишна база
- ✓ Среден престой на 1 болен - общо и по отделения на годишна база

МБАЛ „Доверие” допълнително следи следните специфични показатели за хирургичните дейности:

- ✓ Брой оперирани болни – общо и по отделения на годишна база
- ✓ Брой оперирани болни по спешност - общо и по отделения на годишна база
- ✓ Среден престой на оперираните болни - общо и по отделения на годишна база
- ✓ Предоперативен среден престой - общо и по отделения на годишна база
- ✓ Разбивка на броя извършени операции като малки, средни, големи и много големи - общо и по отделения на годишна база

Като показатели за качеството на оказваните здравни услуги се проследяват:

✓ Брой изписани болни общо и по отделения на годишна база:

- Оздравели
- С подобрене
- Без промени

✓ Брой преведени болни към други лечебни заведения - общо и по отделения на годишна база

✓ Брой повторно приети болни - общо и по отделения на годишна база

✓ Съвпадение на предварителна с окончателна диагноза в проценти – общо и по отделения на годишна база

3.4. Разбивка на показателите в динамика за последните три години, например по следната схема:

Отговор: всички показатели са предоставени в табличен вид на електронен носител

4. С каква диагностична апаратура разполагате? Дайте разбивка на апаратурата по отделения! Кой борави с тази апаратура (лекар, сестра, техник). Каква квалификация (налична, предстояща за придобиване, изискваща се съгласно нормативната уредба на страната) има специалистът (ите) за боравене с тази апаратура?

Отговор: Общо за болницата МБАЛ „Доверие” разполага със следната апаратура:

Апаратура	брой	Производител	Година на производство
2.1. Апаратура за образна диагностика, в т.ч:			
Рентгенова апаратура	6		2003
КАТ	1	GE	2009
Магнитно резонансен томограф	1	GE	2008
Ехографска апаратура	6	АЛОКА Фукуда Денши	2008 2005
Апарат за горна ендоехография	1	Алока	2009г
Апарат за трансректална ендоехография	1	Алока	2008
2.2. Ендоскопска апаратура, в т.ч.:			
Видеогастроскоп	2	Олимпус	2008 и 2009 г.

Видеоколоноскоп	1	Олимпус	2009 г.
Видеодуоденоскоп	1	Олимпус	2009 г.
Фиброгастроскоп	1	Олимпус	2009 г.
Фиброколоноскоп	1	Пентакс	2006 г.
Фибродуоденоскоп	1	Пентакс	2006 г.
Система за аргон-плазмена коагулация	1	Бертхолд	2006 г.
Система за ендоскопска електрокоагулация	1	Бертхолд	2006 г.
Система за ендоскопска електрокоагулация	1	Олимпус	2009 г.
Система за високочестотна термоаблация	1	Олимпус	2009 г.
Апарат за ендоскопско легиране на хемороиди	1	Олимпус	2009 г.
Цистоскопска система	2	Германия	2006 г.
Ендоскопска апаратура за артроскопии "VISERA", комплект с камера, източник на светлина и монитор	1	Olimpus	2005
Лапароскопска апаратура с камера, източник на светлина аспирационна помпа, електронож – комплект „High Definition”	1	Щорц	2009
Цистоскоп с две оптики Щорц	1	Щорц	2006
Ендоскопска система за урологични операции Smith&Nephew	1	Smith&Nephew	2007
Шейвърна система DYONIX HD 900	1	DYONIX	2007
Лапароскопска система за		Олимпус	2006

гинекологични операции „VISERA”			
2.3. Апаратура за функционални изследвания:			
ЕЕГ - “EASY”	1	Япония	2005
ЕМГ- 2 –канален - Китай	1	Китай	2009
ДСГ - ФУКУДА	1	Япония	2005
2.4. Друга високотехнологична апаратура:			
Ултразвуков скалпел тип Соносург 2	1	Олимпус	2008
Ултразвуков скалпел тип GEN-300	1	Ethicon	2009
Биполарен резектор “Liga Sure”	1	Тусо	2008
Сонда за интраоперативна лапароскопска ехография	1	Aloka	2009
Пълен комплект апаратура за ортопедични операции, модел „Core Console” с аксесоари	1	Stryker	2009
Радиочестотен нож за вътреставни ортопедични операции „Mitek”	1	Ethicon	2009
Ортопедична шейвърна система	1	DYONIX	2007
Рентгенов апарат със С-рамо ОЕК ФЛУОРОСТАР-Дженерал електрик	1	General Electric	2008
Литотриптор „Литостар”	1	Сименс	2000
Видеоендоскопски системи – HI-FI definition	2	Olimpus	2008, 2009
Газов стерилизатор на етилен оксид	1	3 - М	2009

Апарат за горна ендоехография Олимпус	1	Олимпус	2009
--	---	---------	------

В отделенията на стационарния блок се използва следната апаратура:

1. Отделение по хирургия:

№	Апаратура	брой	Година на производство	Собствена/ по договор
1.	Пациентни монитори	1	2005	собствени
2.	Перфузори	4		собствени
3.	Централно подаване на кислород и райски газ,, сгъстен въздух,и вакуум в операционен блок и 5 болнични стаи, централна вентилационна и климатична система с обмяна на въздуха и хепа филтри	1	2005.	собствени
4	Операционна маса , електрическо управление	1	2008	собствени
5	Операционна лампа двойна	1	2008	собствени
6	Таванна колона за хексагон комплект			собствени
7	Аспирационно устройство мобилно – висок вакуум			собствени
8	Лапароскопска апаратура HIGH DEFINITION” STORZ, с камера, източник на светлина аспирационна помпа, електронож – комплект	1	2009	собствени
9	Ултразвуков скалпел тип Соносург 2	1	2008	собствени
10	Ултразвуков скалпел тип GEN-300	1	2009	собствени
11	Биполарен резектор “Liga Sure”	1	2008	собствени
12	Сонда за интраоперативна лапароскопска ехография	1	2009	собствени
13	Електронож Валеяб Форсе FX	1	2008	собствени
14	Таванна конзола за централно подаване на газове и ел захранване	1	2005	собствени
15.	Комплект АМБУ за ресусцитация	1	2006	собствени

2. Отделение по урология:

№	Апаратура	брой	Година на производство	Собствена/ по договор
1	Цистоскоп с две оптики Щорц	1	2005	Собствена
2	Ендоскопска система за урологични операции Smith&Nephew	1	2007	Собствена
3	Операционна маса , хидравлично управление	1	2006	Собствена
4	Операционна лампа	1	2008	Собствена
5	Цистоскоп с две оптики Щорц	1	2005	Собствена
6	Уретротом Щорц	1	2005	Собствена
7	Биполярен каутер Щорц	1	2005	Собствена
8	Биполярен каутер Олимпус	1	2007	Собствена
9	Резектор за ТУР на простата Олимпус	1	2008	Собствена
10	Биопсична игла Щорц	1	2005	Собствена
11	Механичен литотриптор Щорц	1	2006	Собствена
12	Литотиптор "Литостар" Сименс	1	2000	Собствена
13	Ултразвук Фукуда Денши	1	2005	Собствена
14	ЕКГ апарат – триканален Шилер	1	2008	Собствена
15	Таванна конзола за централно подаване на газове и ел захранване	1	2005	Собствена
16	Комплект АМБУ за ресусцитация	1	2008	Собствена

3. Отделение по гастроентелогия:

№	Апаратура	брой	Година на производство	Собствена/ по договор
1	Видеогастроскоп Олимпус	2	2008 и 2009 г.	Собствен
2	Видеоколоноскоп Олимпус	1	2009 г.	Собствен
3	Видеодуоденоскоп Олимпус	1	2009 г.	Собствен
4	Фиброгастроскоп Олимпус	1	2009 г.	Собствен

5	Фиброколоноскоп Пентакс	1	2006 г.	Собствен
6	Фибродуоденоскоп Пентакс	1	2006 г.	Собствен
7	Система за аргон-плазмена коагулация Бертхолд	1	2006 г.	Собствен
8	Система за ендоскопска електрокоагулация Бертхолд	1	2006 г.	Собствен
9	Система за ендоскопска електрокоагулация Олимпус	1	2009 г.	Собствен
10	Система за високочестотна термоаблация Олимпус	1	2009 г.	Собствен
11	Ехограф с доплер АЛОКА	1	2009 г.	Собствен
12.	Апарат за горна ендоехография Олимпус	1	2009	Собствен
13.	ЕКГ апарат 3 канален Шилер	1	2008	Собствен

4. Отделение по ортопедия и травматология:

№	Апаратура	брой	Година на производство	Собствена/ по договор
1	Ендоскопска апаратура за артроскопии "VISERA", Олимпус, комплект с камера, източник на светлина и монитор	1	2009	Собствена
2	Шейвърна система DYONIX HD 900	1	2007	Собствена
3	Пълен комплект апаратура за ортопедични операции, модел „Core Console” с аксесоари	1	2009	Собствена
4	Радиочестотен нож за вътреставни ортопедични операции „Mitek”	1	2009	Собствена
5	Електронож с моно и би-резекция ЩОРЦ	1	2005	Собствена
6	Рентгенов апарат със С-рамо ОЕК ФЛУОРОСТАР- Дженерал електрик	1	2008	Собствена
7	Операционна маса ортопедична-екстензионна, рентгенопрозрачна, електрическо управление	1	2008	Собствена

8	Операционна лампа Берхтолд Д 530, 140 000 лукса	1	2005	Собствена
9	Таванна колона за хексагон комплект	1	2005	Собствена
10	Негативоскоп МАКО, трисекционен	1	2005	Собствена
11	Аспирационна помпа ДЖИМА	1	2005	Собствена
12	Аспирационно устройство мобилно - висок вакуум	1	2005	Собствена
13	ЕКГ апарат 3 канален, Шилер	1	2008	Собствен
14	Комплект за ресусцитация	1	2008	Собствен
15	Таванна конзола за централно подаване на газове и ел захранване	1	2005	Собствен

5. Отделение по гинекология:

№	Апаратура	брой	Година на производство	Собствена/ по договор
1	Лапароскопска система за гинекологични операции „VISERA”, Олимпус	1	2006	Собствена
2	Електронож Берхтолд 300 W	1	2005	Собствена
3	Електрокоагулатор „Кентамед”	1	2007	Собствена
4	ЕКГ апарат 3 канален ФУКУДА	1	2005	Собствена
5	Операционна маса, хидравлично управление	1	2005	Собствена
6	Операционна лампа	1	2007	Собствена
7	Комплект за ресусцитация	1	2007	Собствена
8	Таванна конзола за централно подаване на газове и ел захранване	1	2007	Собствена
9	Гинекологичен стол	1	2005	Собствена
10	остеодензитометър	1	2006	Собствена
11	Вътреутеринен манипулатор ВУМ	1	2008	Собствена
12	Апарат на Шулце	1	2007	Собствена
13	Хистероскоп - Олимпус	1	2008	Собствена
14	Морселатор	1	2008	Собствена

6. Отделение по неврология:

№	Апаратура	брой	Година на производство	Собствена/ по договор
1.	ЕКГ апарат 6 канален Фукуда	1	2005	Собствен
2.	Комплект за ресусцитация	1	2006	Собствен
3	ЕЕГ- EASY - Япония	1	2005	Собствен
4	ЕМГ апарат	1	2009	Собствен
5	Доплер сонограф към ехограф Фукуда Денши	1	2005	Собствен

7. Отделение по вътрешни болести:

№	Апаратура	брой	Година на производство	Собствена/ по договор
---	-----------	------	------------------------	-----------------------

1	Пациентен монитор	1	2005	собствена
2	Дефибрилатор Шилер	1	2008	собствена
3	Ехограф Алока с опции за 3 и 4 D	1	2009	собствена
4	Инфузионни помпи Fresenius	2	2005	собствена
5.	Холтер – за ЕКГ	1	2006	собствена
6	Холтер за артериално налягане	1	2006	собствена
7	Централна система с кислород във болничните стаи		2005	собствена

8. Отделение по анестезиология и интензивно лечение:

№	Апаратура	брой	Година на производство	Собствена/ по договор
1	Анестезиологични апарати Дрегер Фабиус	2	2005	Собствени
2	Анестезиологични апарати Дрегер КАТО с респиратор и хемодинамичен монитор	2	2007	Собствени
3	Анестезиологичен апарат „МУЛТИПЛУС“	1	2005	Собствени
4	Респираторен апарат за дихателна реанимация „Такаока – Денвър“	1	2006	Собствени
5	Реанимационни легла електрически с хидравлика и дистанционно управление	6	2005 г.	Собствени
6	Пациентни монитори ФУКУДА със стандартни принадлежности	2	2005	Собствени
7	Пациентни монитори ФУКУДА със стандартни принадлежности и капнографи	2	2005	Собствени
8	Пациентни монитори ЕКОМЕД 5	3	2008	Собствени
9	Пациентни монитори ЕКОМЕД 7 с капнограф	2	2008	Собствени
10	Инфузионни помпи „Фрезениус“, Австрия	8	2005	Собствени
11	Дефибрилатор „МАРКЕТ Респондер 1000, САЩ	1	2005	Собствени

12	Ларингоскоп МАКИНТОШ	7	2005	Собствени
13	Ларингоскоп МакКОЙ с чупеща лъжица РИСТЕР, Германия	1	2008	Собствени
14	СРАР система VBM, Германия	1	2008	Собствени
15	Аспирационна помпа мобилна GIMA 28231	2	2005	Собствени
16	ЕКГ „Шилер“АТ-101 триканален, Германия	1	2008	Собствени
17	Ресусцитационни комплекти АМБУ – балон , Мажил, усторазтворител, езикодържател, въздухоотводи, маски за обдишване	10	2006	Собствени
18	Мобилни апарати за измерване на артериално налягане, Италия	3	2006	Собствени
19	Крачен аспиратор GIMA, Италия	2	2005	Собствени

9. Отделение по физикална и рехабилитационна медицина без легла:

№	Апаратура	брой	Година на производство	Собствена/ по договор
1	Апарати за нискочестотни токове	3		
	Медим Е – електроakupнтура МДМ БГ	1	2005	Собствен
	Лотос -8 М /ТЕСН/ МДМ Бг	1	2005	Собствен
	Медим 300 /електротерапия, електростимулации и елктродиagnostика/ МДМ Бг	1	2005	Собствен
2	Апарати за средночестотни токове	1		
	MEDIM MF MDM Bg	1	2005	Собствен
3	Апарати за високочестотни токове			
	DIATERMED II/УВЧ/ MDM Bg	1	2005	Собствен
	VITADERM /за дарсонвализация/ MDM Bg	1	2005	Собствен
4	Апарати за нискоинтензивно магнитно поле			
	MAG 40 /ploska magnitoterapia/	1	2005	Собствен
	MAG 30 /ставна с гривни магнитотерпия/ MDM Bg	1	2005	Собствен

	MAG 30 C, MDM Bg	1	2005	Собствен
5	Апарат за ултразвукова терапия SONOMED , MDM Bg	1	2005	Собствен
6	Източници на УВЛ MDM Bg	2		
	HELUX / кварцова и имфрарот/	1	2005	Собствен
	СОЛАРИС / кварцова и имфрарот/	1	2007	Собствен
7	Източници на видими ИФЛ			
	СОЛУКС MDM Bg	1	2005	Собствен
8	ЛАЗЕРТЕРАПИЯ	1		
	GITA-M RED, IR, LC излъчватели MDM Bg	1	2005	Собствен
9	Инхалационни апарати	3		
	Корсиа / дълбок инхалатор/	1	2006	Собствен
	ХЕПИ неб 1 / преносим/	1	2007	Собствен
	PIK Rioget /ултразвуков /	1	2007	Собствен
10.	Термотерапевтични апарати	2		
	FANGO 1400 , Germany	1	2005	Собствен
	Криотерапия – хладилник с пособия	1		
11	Стерилизатор GIMETTE -CIMA	1	2007	Собствен
12	Масажни апарати			
	Масажен колан Германия	1	2006	Собствен
	Масажор с инфраред	1	2007	Собствен
	LYMPHAPRESS, LYMPHA wafe	1	2009	Собствен
13	Комбиниран BTL 5825 S Combi апарат, BTL Bg / електротерапия и ултразвук/	1	2007	Собствен
14	BTL 5800 LM2 Combi /лазерен клъстер, сонда и сет за лазерпунктура, магнит/	1	2007	Собствен
15	Вакуум апарат	1	2007	Собствен
16.	Кабина на Роше	1	2005	Собствен
17	Велоергометър КЕТТЛЕР	1	2006	Собствен
18	TWIGT stepper	1	2008	Собствен

10. Отделение по образна диагностика

№	Апаратура	брой	Година на производство	Собствена/ по договор
1	Компютърен томограф GE Bricht SPEED	1	2009	Собствена
2.	Рентгенова уредба за графии с 3 уреда за изследване, модел TLX super plus - Apelem	1	2000	Собствена
3.	Рентгенова уредба за скопии Apelem		2000	Собствена
4.	Мамограф SELENE-GMM, Infotec	1	2005	Собствена
5	Подвижна Рентгенова уредба за графии / кугел/ VISITOR	1	2004	Собствена
6.	Машини за проявяване AGFA CP, 1000 № 2724 и № 2624	2	2002	Собствена
7	Маркировъчно устройство Curix ID CAMERA AGFA	1	2004	Собствена
8	Ехограф с доплерова цветна сонография FUKUDA DENSHI UF 750 XT, Япония	1	2005	Собствена
9	Принтер Мицубиши P 93	1	2005	Собствена
10	Принтер DRYSTAR 3000 AGFA	1	2005	Собствена
11	Ортопантомограф	1	2001	Собствена
12	Зъбен кугел	1	2001	Собствена
13	Рентгенов апарат – С рамо – General electric	1	2008	Собствена

11. МДЛ по клинична лаборатория:

№	Апаратура	брой	Година на производство	Собствена/ по договор
1.	Биохимичен анализатор „Експрес плюс -550 – Байер	1	1992	Собствен
2.	Имунологичен анализатор ACS-Bayer/ хемилуминисценция	1	1993	Собствен
3.	Йон-селективен анализатор CIBA Corning 644	1	1999	Собствен
4.	Хематологичен анализатор ADVIA 60-18 параметров Bayer	1	2000	Собствен
5.	Полуавтоматичен коагулометър „Тромботимер”2	1	2005	Собствен
6.	Полуавтоматичен фотометър Бьорингер, модел 50-10	1	2002	Собствен
7.	Кръвно-газов анализатор CIBA Corning 248	1	2002	Собствен
8.	Уринен анализатор Клиниктекс-Байер	1	2004	Собствен
9.	Центрофуга „Hettich” Eva 20		2005	Собствен
10.	Микроскоп ВОЕКО - Germany	1	2005	Собствен
11.	Микроскоп LEICA - Germany	1	2009	Собствен
12.	Дестилатор	1	2004	Собствен
13.	Имунологичен анализатор “Immulite” хемилуминисценция DPC	1	2004	Собствен

12. МДЛ по обща и клинична патология и цитопатология:

№	Апаратура	брой	Година на производство	Собствена/ по договор
1.	Парафинов микротом „Лайка” РМ 2335	1	2006	Собствена
2.	Замразяващ микротом Лайка СМ 1100	1	2006	Собствена
3.	Автоматичен тъканен процесор Лайка ТР 2010	1	2009	Собствена
4.	Микроскоп лабораторен Лабовал 4 Карл Цайс Йена	1	1998	Собствена
5.	Термостат лабораторен “Advantage”	1	2007	Собствена
6.	Лабораторна камина с изсмукваща вентилационна система	1	2006	Собствена
7.	Система за оцветяване на хистологични и цитологични препарати „Биоптика”	1	2007	Собствена
8.	Архиватор за хистологични препарати „Биоптика”	1	2007	Собствена

13. МДЛ по микробиология:

№	Апаратура	брой	Година на производство	Собствена/ по договор
1	Микроскоп бинокулярен LEICA	1	2009	Собствен
2	Микроскоп бинокулярен БОЕКО	1	2005	Собствен
3	Термостат	1	2005	Собствен
4	Автоклав	1	2000	Собствен
5	Хладилник	1	2005	Собствен

5. Кои от вашите здравни услуги се нуждаят от външен принос (например рентген, лаборатория). Кои по-точно са външните за вас услуги. Къде се извършват външните услуги и от кого? Дайте кратка обосновка защо точно тези услуги са изнесени към външен подизпълнител! извършват външните услуги и от кого? Дайте кратка обосновка защо точно тези услуги са изнесени към външен подизпълнител!

Отговор:

- ✓ За всички медицински услуги и изследвания, включително Молекулярна диагностика, Имунологична лаборатория, Лаборатория по нуклеарна медицина, хемодиализа съгласно договор с МБАЛ „Александровска“ ЕАД № 478/ 09.12.2009г
- ✓ Паразитологична лаборатория съгласно договор с МДЛ «ЛОРА» /17.01.2008 г. анекс от 17.12.2009г.

Причината за изнасянето на тези услуги към външни доставчици е липсата на капацитет и оборудване за тяхното предоставяне в самата болница.

I.II. Развитие на здравните услуги

1. Какви са вашите планове за развитие на предлаганите от вас здравни услуги
- По отношение на вече съществуващите
- Няма предоставена информация**
- По отношение на нови за вас услуги

Отговор: Изпълнителният директор на болницата е разработил програма за развитие и управление на лечебното заведение за **тригодишен** период, съдържаща: – мисия, цели и задачи, медицински и финансов анализ на дейността и насоки за развитие.

МИСИЯ: Осъществяване на дейности, необходими за повишаване на качеството на живот на пациентите, чрез възстановяване на тяхното здраве, стабилизиране на евентуални негови нарушения или намаляване на страданията на болелите, при които медицинските интервенции могат да облекчат протичането на болестта.

ЦЕЛИ:

1. Произвеждане на болничен продукт или болнични услуги с възможно най-високо качество, съответстващи на състоянието и потребностите на пациентите;

2. Увеличаване на дела на МБАЛ „Доверие” на пазара на медицинските услуги;

3. Налагане на името на МБАЛ „Доверие”, като еквивалента на:

- модерна медицина;
- качество
- безопасност на пациента.

2. Ако трябва да се планира в определен времеви хоризонт, как виждате своето развитие и за какъв период?

Отговор: В програмата са разработени и насоките за развитието на лечебното заведение в направленията за тригодишен период:

- разширяване на дейността на вече утвърдените и печеливши отделения на болницата
- търсене на пътища за разширяване на дейността на по-слабо рентабилните отделения

I.III. Качество на предлаганите от вас здравни услуги

1. Съществува ли Програма за управление на качеството в лечебното заведение? Ако има, моля приложете едно копие от документа.

Отговор: Изпълнителният директор на МБАЛ Доверие АД анализира, контролира и предприема действия относно: медицинската дейност; своевременността на оказаната медицинска дейност; достъпа до медицинска помощ; показатели във

връзка с оперативната дейност: предоперативен престой; оперативна активност; среден престой на оперираните болни; брой оперирани болни, получили усложнения; реоперации, леталитет.

Всяко тримесечие Медицинският съвет обсъжда качеството на медицинската дейност на болницата по отделения, финансовото състояние и ефективността им.

В болницата се води лист на чакащите. Същият се контролира и ежемесечно се анализира от началниците на структурните звена и изпълнителния директор на болницата. Средното време за чакане е 7 дни, основно в гастроентерологично, ортопедично и урологично отделения.

Медицинският персонал се усъвършенства, чрез обучение по програмите на СДО, участия в научни форуми.

Всички промени в здравното законодателство се свеждат до знанието на персонала и се внедряват в дейността.

Анализите на удовлетвореността пациента по анонимните анкетни карти и жалбите се предоставят по отделенията и обсъждат на медицински съвет, с цел предотвратяване на проблемите по предоставянето на медицинските услуги в бъдеще.

В болницата са въведени и се работи по **9 медицински стандарта** - Клинична лаборатория, Микробиологична лаборатория, Образна диагностика, Клинична патология, Хирургия, Анестезия и интензивно лечение, Физикална и рехабилитационна медицина, Ортопедия и травматология и Неврология. В структурите за които няма приети медицински стандарти, се спазват изискванията за изпълнение на дейностите по Клиничните пътеки и разработените собствени диагностично-терапевтични алгоритми, протоколи и технически фишове, работни указания за хигиенни и предпазни мерки при осъществяване на здравните грижи.

2. Провеждани ли са анкети с пациентите за обективизиране на тяхната удовлетвореност?

Отговор: В болницата се проучва **удовлетвореността** на пациентите. На всеки етаж има **Книга за мнения и препоръки**. Провеждат се анкетни проучвания., като анкетни карти се предлагат ежедневно на всички изписани пациенти. Около 30% от изписаните попълват картите. Анкетите се събират ежедневно, разглеждат се и се реагира незабавно, ако има проблем. Периодично се изготвя анализ на анкетните карти.

Налице са **Правила за подаване, разглеждане и отговор на жалби** на пациенти и проучване удовлетвореността на пациентите с анонимни анкетни

карти, утвърдени от изпълнителния директор, регламентиращи правото на пациентите на жалби. Има готовност всяка постъпила жалба да се анализира и да се отговори своевременно на лицето или институцията, от която е подадена.

В сайта на МБАЛ „Доверие“ АД, пациентите също могат да дават мнението си за похвали и оплаквания, да задават въпроси и да получават отговори.

Анализите на удовлетвореността пациента по анонимните анкетни карти и жалбите се предоставят по отделенията и обсъждат на медицински съвет, с цел предотвратяване на проблемите по предоставянето на медицинските услуги в бъдеще. **Анализът** показва, че пациентите в 95% са напълно удовлетворени от обслужването в болницата. В 98 % от пациентите биха потърсили отново болницата. Впечатление прави, че докато в началото процентът на насочените пациенти от лекар е значително висок, през 2009 г. процентът на насочени пациенти от други пациенти, посещавали нашето лечебно заведение, е значително по-висок от насочените от лекар. Това недвусмислено говори за удовлетвореността на пациента, както и за качеството на предлаганите медицински услуги в МБАЛ „Доверие“.

3. Измервана ли е удовлетвореността на персонала от дейността им във Вашата болница? Ако да, кои са най-често посочваните проблеми?

Няма предоставена информация

4. Как измервате и проследявате очакванията и потребностите на Вашите пациенти?
- С анкети провеждани от персонала на МБАЛ
 - С анкети провеждани от консултантска фирма
 - Разговори с пациентите
5. Как на практика се осъществява колаборация на специалистите от МБАЛ и на тези от доболничната помощ?
- Документално чрез пациента
 - Устно чрез пациента
 - Лично с ОПЛ и/или със специалист от доболничната помощ (в случай че изберете този отговор, моля дайте кратко описание на взаимоотношенията си с ОПЛ и/или със специалиста от доболничната помощ – например финансова договорка, регулярни срещи, съвместни мероприятия и т.н.)

Отговор: Всички изписани пациенти получават срещу подпис в История на заболяването (ИЗ) 2 екземпляра от епикризата, единият за пациент, а другият за ОПЛ.

6. Имат ли пациентите изградени лични медицински досиета в електронен или хартиен вид?

- Да
- Не
- Предстои в бъдеще

7. Как се подрежда медицинската документация?

- По хронологичен ред
- По азбучен ред
- По медицински специалности
- По друг начин
- Не се подрежда

Отговор: "МБАЛ – Доверие" е въведена информационна система "Гама Кодмастер", разработена от фирма "Гамаконсулт" за събиране, обработка и анализ на информацията. Модулът е предназначен за осъществяване на автоматизирано управление на дейностите, свързани с процеса на регистриране и обслужване на пациенти на ДКБ, Клинична лаборатория, Аптека, Стационар и счетоводство на лечебното заведение и цели проследяемост на процесите и постигане на по-добро използване на ресурсите на болницата. Болницата разполага с необходимия брой компютърни конфигурации за всички работни места. Анализират се всички количествени и качествени параметри, които се обвързват с размера на паричните потоци.

Системата подпомага процеса на обслужване на пациентите, предоставя инструмент за планиране на натовареността на ресурсите на болницата: кабинетите, персонала, апаратурата; дава възможност за заявяване на диагностични изследвания от стационарните отделения и автоматично получаване на резултатите от лабораторията, и съдържа данни за:

- Брой легла, брой преминали болни, използваемост, оборот на леглата, среден престой, леталитет
- Статистически показатели, оперативна и хирургична активност за периода

8. Има ли текучество на персонала?

- Да
- Не

Отговор: Броят на лекарите, работещи в болницата е 48, 47 от които са с придобита специалност. В болницата работи един лекар без призната специалност, който в момента специализира. Броят на специалистите по здравни грижи е 88, който осигурява непрекъснатост и качество на здравните грижи. В болницата работят 6 лекари с повече от 1 придобита специалност или 15 % от всички лекари с призната специалност. Броят на лекарите с трудов стаж повече от 5 години след придобиване на специалност е 42 или 88 % от лекарския състав. Във всички структури с оперативна дейност (ХО, ООТ, Урология, и Гинекологично отделение) се отчита броят и относителният дял на извършените оперативни интервенции от всеки лекар спрямо всички извършени такива в съответната структура.

9. В случай, че има текучество, имате ли данни по какви причини напуска вашия персонал. Моля приложете кратко описание, базирано на брой напуснали през последната година, длъжност и квалификация и причина!
10. Имате ли вътрешна политика към служителите си, насочена към тяхното дългосрочно задържане (например отпускане на вътрешни заеми, гаранция пред банка за отпускане на кредит, покриване на разходи за повишаване на квалификацията, допълнителна здравна осигуровка, авансово изплащане на възнаграждението и т.н.)

Няма предоставена информация

11. Как се осъществява вътрешната комуникация в МБАЛ?

- Лични разговори
- ✓ Редовни заседания на Медицинския Съвет
- Чрез медицинската документация
- ✓ По телефона
- По електронен път
- Друго – моля посочете

Има ли предпочитан от служителите канал на комуникация? Имате ли впечатление от предимствата и недостатъците на всеки от посочените канали?

Няма предоставена информация

12. Извършва ли се /подпомага ли се обучението на персонала от страна на Вашата болница? По какъв начин? Какъв вид обучение? Поддържате ли справка на кои служители какъв вид обучение е извършено / подпомогнато?

Отговор: Ръководството на МБАЛ "Доверие" провежда политика за повишаване квалификацията на всички работещи. Всяка година се изготвя програма за

специализация и следдипломно обучение за повишаване на квалификацията, в т.ч. и „продължаващо обучение“ – курсове за повишаване на квалификацията, курсове за придобиване на квалификация, за извършване на функционални изследвания, участия в конгреси, конференции, симпозиуми и семинари. Програмата се утвърждава от изпълнителния директор.

13. Правени ли са опити за бенчмаркинг (съпоставяне на Вашата МБАЛ с друга подобен по структура МБАЛ по отношение на вложения средства, инвестиции, квалификация на персонала, финансови и медицински резултати)? Имате ли нужда от подобни данни?

Няма предоставена информация

14. Какъв е акредитационният статус на Вашата болница? Как се отнасяте към акредитацията като механизъм за управление на качеството на здравните услуги?

Отговор: Акредитацията на МБАЛ „Доверие“ е извършена със Заповед РД 01-197/26.02.2008 г.

Акредитационна оценка за цялостна медицинска дейност – **много добра**, за срок от четири години;

Акредитационна оценка за отделни медицински и други дейности, както следва:

- на Отделение по Вътрешни болести – отлична за срок от 5 години;
- на Отделение по Нервни болести – много добра за срок от 4 години;
- на Хирургично отделение - много добра за срок от 4 години;
- на Гинекологично отделение - добра за срок от 3 години;
- на Отделение по ФТРМ - отлична за срок от 5 години;
- на Клинична лаборатория - отлична за срок от 5 години;
- на Микробиологична лаборатория - добра за срок от 3 години;
- на МДЛ по ПА и цитопатология - отлична за срок от 5 години;
- на Образна диагностика - отлична за срок от 5 години;
- на Болнична аптека - отлична за срок от 5 години;
- на Централна стерилизация - отлична за срок от 5 години;

Със Заповед РД 01-878/18.11.2008 г. се урежда частична акредитация на отделни медицински дейности

- Акредитационна оценка за отделни медицински дейности, както следва:

- на Отделение по Гастроентерология – отлична за срок от пет години;
- на Отделение по Урология - отлична за срок от пет години;
- на Отделение по Ортопедия и травматология - отлична за срок от пет години;
- на ОАИЛ - отлична за срок от пет години;

II Раздел “Ценообразуване и финансиране на дейността”

II.I. Приходна част – финансиране

1. Какви са източниците на вашите приходи (частни пациенти, НЗОК, доброволни фондове, дарения, други – уточнете)

Отговор: Приходите на МБАЛ „Доверие” се формират от здравно-осигурени лица по клинични пътеки, изплащани от Националната Здравно-осигурителна Каса, пациенти, заплащащи в брой и пациенти, осигурявани чрез частно здравно-осигурително дружество. Болницата работи с много от доброволните здравноосигурителни фондове, регистрирани в България: ОЗОФ “Доверие”, ЗОД „БУЛСТРАД ЗДРАВЕ” АД, ЗОК „Св. Н. Чудотворец” АД, ЗОАД ДЗИ” АД, Дженерали Закрила Здравно осигуряване АД, Български Здравноосигурителен Фонд, “Доброволна осигурителна мрежа - Здраве” АД (“ДОМ - Здраве” АД), както и с някои международни оператори като "Алианц Световна Грижа".

2. Как се разпределят вашите приходи по източници (в процент и в абсолютно изражение)

Отговор:

Приходи/ години	2006	2007	2008	2009
Общо приходи в хил. лв	1 992	4 387	6 122	7 660
в т.ч.:				
МЗ	0	0	0	0
НЗОК	1 558	3 676	5 054	6 305
Общини	0	0	0	0
Други	434	712	1 068	1 355

3. Икономически показатели:

- 4.1. Кои икономически показатели следите?

Отговор: В МБАЛ „Доверие” се следят основните икономически показатели, свързани с дейността – стойност на лекарстводен, храноден, леглоден и разход за преминал болен.

- 4.2. Разбивка на показателите в динамика за последните три години, например по следната схема:

Отговор:

Година	Лекарстводен	Храноден	Преминал болен	Леглоден
2006	15,85	2,70	602,77	329,79
2007	13,15	2,40	528,72	233,76
2008	12,87	3,00	685,07	294,00
2009	16,29	3,99	877,51	326,55

5. Планирате ли оптимизиране на приходите през следващ период от (уточнете продължителност)? Ако да, по какъв начин (повишаване на цените, търсене на нови източници, разширяване на дейността, създаване на допълващи се дейности, общи обслужващи процеси, и т.н)

Отговор: Анализирания информация за дейността на цялото лечебно заведение и отделните структури се обсъжда всяко шестмесечие на заседание на Медицинския съвет и Съвета на директорите, с последващи управленски решения – с персонал, медицински дейности, организация на работа.

II.II. Приходна част – ценообразуване

1. Каква методология използвате за ценообразуването на вашите здравни услуги (на база на пазарни проучвания, на база на вътрешни разходи, смесена – моля опишете)

Няма предоставена информация

2. Имате ли система за оценка на възприятието на цената от вашите клиенти (въпросници, събиране и систематизиране на мнения)

Отговор: МБАЛ „Доверие” е регламентирала размера на евентуалното финансово участие на пациента. В тази връзка има изработени и утвърдени от изпълнителния директор ценоразписи поставени на видни за пациентите и техните близки места.

3. Как се съотнасят цените на вашите здравни услуги с цените на еднородни такива в града, където работите (ако имате данни или поне впечатление)

Няма предоставена информация

4. Имате ли планове за повишаване на размера на печалбата през следващ период (моля уточнете продължителността на периода)? Какви са те (минимизиране на разходите, развитие на печеливши дейности, увеличаване на оборота – моля дайте кратко описание)

Няма предоставена информация

II.III. Разходна част

1. Каква е структурата на вашите разходи? Има ли динамика през последните три години (растат, намаляват, променя се съотношението)

Отговор:

Разходи/ години	2006	2007	2008	2009
Общо разходи в хил. лв	1 956	3 555	6 116	7 643
в т.ч.:				
Заплати, осигуровки и др. възнаграждения на персонала	757	1728	3 084	4100
Издържка (без р-ди за амортизации)	1 163	1751	2 909	3 334
В т.ч. разходи за медикаменти за стационара	94	192	268	382
Разходи за амортизации	36	76	123	208
Капиталови разходи	0	0	0	0

2. Планирате ли оптимизиране на разходите през следващите 6 месеца, 1 година и 3 години. Какви мерки предвиждате и как те според вас ще доведат до такова оптимизиране?

Отговор: Данните показват трайна тенденция на увеличаване на разходите с около 25% годишно, дължащи се на непрекъснатото повишаване на цените на лекарствата, храненето, ел.енергия, вода, отопление, на увеличената оперативна активност и структурата на операциите.

III Раздел “Дистрибуция и осъществяване на здравните услуги”

III.I. Инфраструктура

1. Как е устроена Вашата МБАЛ – колко отделения, кабинета, колко чакални, санитарни помещения, рецепция, телефонна връзка, факс, интернет, е-мейл

Отговор: Диагностично-консултативният блок на болницата се състои от:

1. Регистратура и информация

2. Приемно – консултативни и диагностични кабинети както следва:

2.1. Хирургичен кабинет;

2.2. Кабинет ортопедия и травматология с манипулационна зала за обработка и репозиции под рентгенов контрол;

2.3. Урологичен и цистоскопичен кабинет;

2.4. Кабинет за преданестезиологична консултация;

2.5. Кабинет по вътрешни болести

2.6. Кабинет по гастро-ентерология с апаратура за ендоскопска диагностика ;

2.7. Кабинет по кардиология с апаратура за неинвазивна функционална диагностика (VELOEROMETRIA, ECHOKARDIOGRAFIYA, HOLTERI);

2.8. Кабинет по нефрология;

2.9. Кабинет по ревматология;

2.10. Кабинет по УНГ с аудиометрия;

2.11. Кабинет по нервни болести с електроенцефалографска диагностика, електромиография, доплерсонография;

2.12. Кабинет по физикална и рехабилитационна медицина;

2.13 кабинет по детски болести;

2.14 кабинет акушеро-гинекологичен;

2.15 кабинет по ендокринология;

2.16 кабинет по психиатрия;

3. Медико – диагностични лаборатории, както следва:

3.1 МДЛ по микробиология;

3.2 МДЛ по клинична лаборатория;

3.3 МДЛ по обща и Клинична патология и цитопатология;

4. Отделение по образна диагностика без легла, в това число:

4.1.кабинет за ренгенография и рентгеноскопия;

4.2.кабинет за компютърна томография;

4.3 кабинет за магнитно – резонансна томография;

4.4 кабинет за мамография;

4.5 кабинет за ехография, доплерсонография вкл. с цветно изображение;

4.6 кабинет за пантомография и остеоденситометрия;

5. Отделение по физикална и рехабилитационна медицина без легла:

5.1 Кабинет по електролъчение и светлолечение;

5.2 Кинезитерапевтичен кабинет;

5.3 Термотерапевтичен кабинет;

5.4 Аерозолотерапевтичен кабинет;

5.5 Хидротерапевтичен кабинет;

5.6 Рефлексотерапевтичен кабинет

5.7 Кабинет мануална терапия и лазертерапия;

Структурите по ал.1 са оборудвани с необходимите за тяхната консултативно-диагностична дейност консумативи, инструменти, пособия и апаратура.

Към кабинет ортопедия и травматология в ДКБ е обособена хирургично-ортопедична зала за обработка и репозиции под рентгенов контрол.

В кабинетите за ултразвукова диагностика се обслужват пациенти на стационарно лечение във вътрешно отделение, ортопедо-травматологично отделение, хирургично отделение, гинекологично отделение, отделение по неврология, урологично и гастроентер

2. Какъв е общия капацитет на Вашата МБАЛ по отношения на потока на пациентите – за 1 час, за 1 ден, за 1 месец (без почивните дни) и за 1 година (без почивни дни и празници)

В болницата се води лист на чакащите. Същият се контролира и ежемесечно се анализира от началниците на структурните звена и изпълнителния директор на болницата. Средното време за чакане е 7 дни, основно в гастроентерологично, ортопедично и урологично отделения.

3. Какъв е режимът на работа във Вашата МБАЛ – една, две, три смени? МБАЛ по изискване на касата трябва да работят 24 часа – нали има планови пациенти?

Работният график позволява 24 часово наблюдение на болните от лекар-специалист.

4. Обслужвате ли спешни медицински дейности? Ако не – защо?

Спешният и плановия прием на пациенти са регламентирани в заповед на изпълнителния директор. Приемът на пациенти в болницата се контролира от лекар с призната специалност, съответстваща на профила на приемния кабинет. Приемът на пациенти в Консултативно-диагностичният блок е обезпечен с необходимите лекарства, инструментариум и пособия за оказване на медицинска помощ при животозастрашаващи състояния. Налице са протоколи от проверки на спешен шкаф. Санитарна обработка при прием на пациентите се извършва в специално обособено помещение и се регистрира в специален журнал и ИЗ с подпис на лицето, което я е извършило. Системно се извършват проверки от здравния инспектор и старшите медицински сестри за спазването ѝ, за наличието на дезинфекционни и обезпаразитяващи средства, което се отразява в протоколи. Осигурени са помощни средства - "колесни столове" - 8 бр. и носилки за трудно подвижни пациенти – 4 бр. Те са напълно достатъчни за обслужването на трудноподвижните пациенти.

5. Моля дайте разбивка на дейности по отделения, например:

Няма предоставена информация

Брой болни на ден...

Брой диагнози на ден..... (уточнени, неуточнени, съвпадаемост)

Средно време на пациент.....

Средно време на пациент на диагноза (ако имате данни).....

Рецепция: обем дейности – посрещане на пациенти, записване, телефон, факс, назначаване на посещение, база данни.....

Средно време в листата на чакащите (ако имате данни) по кабинети и/или диагнози... **Относителният дял на хоспитализираните пациенти от листата на чакащите е около 82%;**

В болницата има заведени книги за чакащи по отделения. Средно време за чакане за прием в болницата е до 7 дни.

Средно време за обслужване на един пациент от рецепцията (ако имате данни)....

Няма предоставена информация

III.II. Достъпност и обхват

1. Къде се намира Вашата МБАЛ?

Отговор: Сградата в която се намира МБАЛ „Доверие” – София АД е разположена в квартал Овча купел 2 в сграда собственост на Индустриален Холдинг Доверие, строена за лечебни заведения и отговаряща на изискванията на ЗУТ и останалите закони и разполага с добри комуникационни връзки. Построена е през 2005 година на 8007 кв. м. площ обща разгърната площ и е разположена на 3 корпуса А, Б, В на три (двата корпуса А и Б) и корпус В е на четири етажа и сутерен, функционално свързани посредством 4 стълбища и 5 асансьора, като два са товарни.

2. Има ли връзка с градски транспорт?

Отговор: Да, виж приложената схема



За пациентите с увреждания е осигурен паркинг за МПС, естакада и платформа-елеватор. Осигурени са и достатъчен брой инвалидни колички, носилки, инвалидни тоалетни, подходящ размер на входните врати на отделенията, наличие на

асансьори, което осигурява лесен достъп на трудно подвижни пациенти до болницата и нейните структурни звена.

3. Какъв регион покрива (квартал, община, град)?

Няма предоставена информация

4. Имате ли данни откъде идват вашите пациенти (по адресна регистрация). Ако да, какво е разпределението на посещаемостта по региони.

Няма предоставена информация

5. Имате ли данни за мнението на вашите клиенти относно достъпността на болницата Ви. Ако да, моля опишете.

Няма предоставена информация

III.III. Развитие на инфраструктурата

1. Планирате ли разширяване/преустройство на Вашата МБАЛ в близко бъдеще? Ако да, защо?

Отговор: Предвид относително малкия сграден капацитет на фона на нарастващите нужди от развитие на обема и вида на дейността се планира изграждане на още един корпус при осигуряване на финансови възможности (след преминаване на финансовата криза)

2. Планирате ли разкриване на филиал на Вашата МБАЛ в близко бъдеще? Ако да, къде – в друга област, в София ли?

Няма предоставена информация

IV Раздел “Маркетинг и промоция”

IV.I. Маркетингов план

1. В случай, че имате такъв план, моля посочете следните детайли и приложете копие от него:
 - Кога е разработен и по какъв повод? Какъв период от време визира?
 - От кого е разработен?
 - Какви пазарни данни ползва (собствени анализи, данни от НЗОК, данни от РЦЗ, проучвания сред клиенти, други – моля посочете)?
 - Има ли в него тактико-оперативна част с измерване на междинни постижения? Кой ги измерва и по какъв начин?
 - Придържате ли се към този план?
 - Актуализирате ли този план всяка година?

Отговор: На електронен носител е предоставен SWOT анализ, касещ дейността на цялата болница.

2. В случай, че нямате такъв план:
- 2.2. Разполагате ли с пазарни данни по отношение на:
 - Вид и обем на предлагани конкурентни медицински услуги във вашия регион (квартал, община, град и т.н.)
 - Цена на тези услуги
 - Начин на финансиране на тези услуги
 - Конкурентност на тези услуги – от какви специалисти се извършват, с какво качество, в какъв обем за период от време
 - Промоция на тези услуги – как стига информацията до клиентите (виж по-надолу)

Няма предоставена информация

- 2.3. Разполагате ли с пазарни данни по отношение на:
 - Пазарен потенциал на вашите услуги разбити по дейности (съотнесено към брой население, брой болни по нозологии, брой ЗОЛ)
 - Пазарна динамика – размер на целия пазар по стойност и обеми (по нозологии), ръстове, трендове
- 2.4. Разполагате ли с проучвания сред клиенти. Ако да какви?

- 2.5. Разкрити или потенциални здравни нужди за вашите предлагани или потенциални здравни услуги (собствени анализи, други източници)?

Няма предоставена информация

IV.II. Промоция

1. Извършвате ли промоция на предлаганите от вас услуги пред клиенти. Ако да, къде и по какъв начин?

Отговор: МБАЛ Доверие АД предоставя информация на потребителите за видовете медицински и други услуги, които се предлагат от болницата. Разработени са рекламни-информационни брошури за цялата болница и за всяко отделение, в които на разбираем език и по подходящ начин е представена болницата и отделните ѝ структури. Те са достъпни за всички пациенти. В болницата достъпа на пациенти е свободен, без ограничения. Реда, условията, финансирането и документирането на диагностично-лечебните и рехабилитационните дейности. На видно място на регистратурата има ценоразпис, списък на лицата освободени от потребителска такса и харта за правата на пациентите, Клиничните пътеки, за които болницата има сключен договор с СЗОК и списък на скъпоструващите консумативи. Болницата осигурява на гражданите информация по телефона за реда, условията и видовете медицинска помощ, чрез денонощно работеща телефона централа. Изработена е и собствена web страница www.mbal.doverie.bg, която подобрява възможностите за информираност на пациентите. Тази интернет страница дава възможност и за отправяне на запитвания към болницата по електронен път, като маркетинг мениджърът отговаря и следи за това отговорите на тези запитвания да бъдат давани в деня на получаването им или най-късно на следващия ден. Чрез информационни табели се посочва точното разположение на всички медицински и спомагателни структури в болницата.

2. Какви канали за комуникация ползвате към вашите клиенти – директна промоция, промоционни материали, медии, специализирани издания, интернет, масов мейлинг, други - моля опишете.

Отговорите маркирани във въпроса

3. Имате ли информационна служба за пациентите към Вашата МБАЛ (например рецепция, e-mail).

Отговор: Към Административно-стопанския блок на болницата има организирана регистратура с 5 щатни служители. Връзката с регистратурата е възможна чрез

телефон, факс, е-мейл, писмо или web страницата на болницата. Пациентите могат предварително да си запазят час за преглед при предпочитан от тях специалист.

4. Записвате ли въпросите, които постъпват към болницата? Запазвате ли дадените отговори по някакъв начин – ако да, моля уточнете!

Отговор: Да. Налице са Правила за подаване, разглеждане и отговор на жалби на пациенти и проучване удовлетвореността на пациентите с анонимни анкетни карти, утвърдени от изпълнителния директор, регламентиращи правото на пациентите на жалби. Има готовност всяка постъпила жалба да се анализира и да се отговори своевременно на лицето или институцията, от която е подадена. В сайта на МБАЛ „Доверие“ АД, пациентите също могат да дават мнението си за похвали и оплаквания, да задават въпроси и да получават отговори.

5. Извършвате ли промоция на вашите услуги пред здравни специалисти – ОПЛ, специалисти в СИМП, медицински сестри, други?

Няма предоставена информация

6. Какви канали за комуникация ползвате към здравните специалисти – директна промоция (face-to-face call, групови срещи), промоционни материали, медии, специализирани издания, интернет, масов мейлинг, други – моля опишете.

Няма предоставена информация

7. Ако извършвате някаква промоция, имате ли система за оценка на нейната ефективност (например откъде пациентът знае за Вашата МБАЛ)

Няма предоставена информация

8. Какви са разходите ви за промоция като % и абсолютна стойност от годишните ви приходи? Какъв е трендът (нараства, намалява като % и абсолютна стойност)?

Няма предоставена информация



ПРИЛОЖЕНИЕ V

Структура и съдържание на маркетингов план на болнично лечебно заведение

1. Заглавие:

В този раздел трябва да се включи заглавието на плана и всички подзаглавия, точното описание на болничното заведение с адрес и телефон, периодът на действие и датата на финализиране:

2. Предлагани услуги

2.1. Описание на здравните услуги

В този раздел трябва да се опише всяка една предлагана към момента или планирана в бъдеще здравна услуга. При наличие на публично финансиране се прилага кратко описание на съответната клинична пътека.

2.2. Стойност на здравните услуги

В този раздел трябва да се посочи актуалната стойност в лева на всяка една здравна услуга, съответно заплащана от НЗОК, доброволен здравно-осигурителен фонд или в брой от пациента:

2.3. Конкурентни предимства

В този раздел трябва да се посочат конкурентните предимства на всяка една услуга – например прилагане на съвременни миниинвазивни методи, кратък болничен престой, по-малък брой усложнения и пр.

3. Анализ на пазарната ситуация

3.1. Източници на информация за пазара

В този раздел трябва да се опишат използваните източници, с помощта на които е извършен анализа на пазара

3.2. Описание на вида и размера на пазара

В този раздел трябва да се опише всеки един конкретен пазар – например съвкупното потребителско търсене на услугата „ендоскопски изследвания на гастроинтестиналния тракт“, съответно трябва да се посочи съвкупния приход, реализиран на пазара за определен период от време.

3.3. Особенности на пазара

В този раздел трябва да се опишат особеностите на посочените по-горе пазари – например сезонност, регионални различия, еластичност на търсенето и т.н.

3.4. Конкуренти

Като част от охарактеризирането на пазара трябва да се направи анализ на конкурентите и да се даде оценка за влиянието им върху пазара – има ли пазарни лидери, силно сегментиран ли е този пазар и т.н.

3.5. Фактори на външната среда

В този раздел трябва да се направи анализ на външната среда по отношение на онези фактори, които оказват въздействие върху посочените пазари – заболяемост, финансиране, политическа стабилност. За целта може да се използва формата PEST – political, economical, social, technical – тоест описание на външната среда във всеки един от посочените аспекти.

3.6. Динамика на пазара

В този раздел трябва да се посочи развитието на посочените пазари през последните 3 до 5 години и да се очертаят тенденциите за бъдещо развитие – например устойчив растеж или свиване, цикличност и т.н. Специално внимание трябва да се отдели на факторите, от които зависи динамиката на пазара – например недостатъчното публично финансиране.

3.7. Прогноза за развитие на пазара през следващия бизнес цикъл

На база горепосочените фактори трябва да се даде прогноза за развитието на посочените пазари през следващия цикъл на планиране – обикновено 3 до 5 години. Трябва да се посочи как факторите ще действат през този период

3.8. Пазарни проучвания

В този раздел се посочват извършените маркетингови проучвания на посочен /и по-горе пазари и резултатите от тях. Особено важно е да се дефинира пазарния потенциал – например има ли нереализирано потребителско търсене за дадена здравна услуга, по какъв начин е измерено и какъв дял представлява. Ако са анализирани потребителски нагласи, те трябва да се посочат.

3.9. Пазарно позициониране на предлаганите здравни услуги

В този раздел се идентифицират целевите (таргетни) пазари и се прави характеристика на пазарните позиции на лечебното заведение. Например ако болницата предлага услугата „лапароскопска холецистектомия“ трябва да се посочи какъв е таргетния потребителски пул за тази услуга (предимно мъже, предимно жени, възраст, нагласи, ценз) и какъв пазарен дял има в момента тази услуга в общия пазар за определен период от време. Внимание заслужава и развитието на тази услуга от началото на нейното предлагане до момента – расте ли като пазарен дял, има ли модификации за периода, обратна връзка от пациентите и т.н. Позиционирането трябва да обхване сравнение с конкурентите по отношение на цената и качеството.

При планиране на влизане в нов пазар трябва да се охарактеризира този нов пазар като обем и динамика и съответно да се позиционира новата услуга.

3.10. SWOT – анализ

Тук трябва да се извърши оценка на позиционирането на всяка една от съществуващите и всяка една от новопредлаганите услуги чрез анализ на външните и вътрешни фактори по формата на SWOT.

4. Формулиране на целите

4.1. Формулиране на краткосрочните цели

В този раздел трябва се посочат целите през следващата една година, например кои здравни услуги ще бъдат предлагани отново и какви са очакванията, кои услуги ще бъдат прекратени и защо, какви нови услуги ще бъдат предложени и т.н.

4.2. Формулиране на дългосрочните цели

Тук трябва да се очертаят целите за следващите 3 до 5 години, например разкриването на нов стационарен блок и навлизане в нови терапевтични области.

5. Маркетингова стратегия

В този раздел трябва да бъде обобщена цялата предходна информация и да се начертае пазарната стратегия на лечебното заведение за следващия планов период, например навлизане в нов пазар чрез нова високотехнологична здравна услуга с очакван пазарен дял от 30 % през третата година. Тук трябва да се очертае цялостното портфолио от услуги на болницата и съответно да се опише неговото развитие през следващия бизнес цикъл. Като част от стратегията трябва да се посочат планираните дистрибуционни и комуникационни канали за всяка една цел.

6. План за действие

В този раздел трябва да се опишат конкретните стъпки за осъществяване на маркетинговата стратегия, обвързани със срокове, разходи и отговорни лица. В планът трябва да залегнат обективни измерители за постигнатото – например конкретни приходи на база успешно въведена нова услуга за 6 месеца, 1 година и т.н.

7. Предвидени контролни механизми за измерване на успеха или неуспеха от прилагането на маркетинговия план

В този раздел трябва да се посочат предвидените механизми за оценка на изпълнението на маркетинговия план – например периодични събирания на мениджърския екип, ежемесечен финансово-счетоводен мониторинг на приходите и разходите, свързани с плана и т.н.

8. Авторски екип

В този раздел трябва да се включат имената и подписите на авторите на плана, датата на финализиране, евентуално имената и подписите на одобрилите плана.



ПРИЛОЖЕНИЕ VI

Разработка на маркетингов план на болнично лечебно заведение с примери за попълване на всеки раздел

1. Заглавие:

В този раздел трябва да се включи заглавието на плана и всички подзаглавия, точното описание на болничното заведение с адрес и телефон, периодът на действие и датата на финализиране:

<i>Маркетингов план 2012 – 2015</i>
На Многопрофилна болница за активно лечение „Доверие“ АД
Дата на влизане в сила : 1.1.2012 г.

2. Предлагани услуги

2.1. Описание на здравните услуги

В този раздел трябва да се опише всяка една предлагана към момента или планирана в бъдеще здравна услуга. При наличие на публично финансиране се прилага кратко описание на съответната клинична пътека.

Пазар: гастроентерология Заплащане: публично
<ol style="list-style-type: none">1. Клинична пътека № 27 - Интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестиналния тракт с неголям обем и сложност <p>Кратко описание: Извършване на диагностична ендоскопска процедура. Извършване на терапевтична процедура с неголям обем и сложност – необходимост от декомпресия или екстракция на чуждо тяло.</p> <ol style="list-style-type: none">2. Клинична пътека № 283. ...

2.2. Стойност на здравните услуги

В този раздел трябва да се посочи актуалната стойност в лева на всяка една здравна услуга, съответно заплащана от НЗОК, доброволен здравно-осигурителен фонд или в брой от пациента:

Пазар: гастроентерология

1. КП № 27 - Интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестиналния тракт с неголям обем и сложност

Стойност при заплащане от НЗОК: **120 лв**

Стойност при доплащане от пациента: **60 лв при избор на лекар, 90 лв при избор на екип**

2. КП № 28 - Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестинален тракт

Стойност при заплащане от НЗОК: **800 лв**

Стойност при доплащане от пациента: **300 лв при избор на лекар, 450 лв при избор на екип**

3. ...

2.3. Конкурентни предимства

В този раздел трябва да се посочат конкурентните предимства на всяка една услуга – например прилагане на съвременни миниинвазивни методи, кратък болничен престой, по-малък брой усложнения и пр.

Пазар: гастроентерология

1. КП № 27 - Интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестиналния тракт с неголям обем и сложност
2. КП № 28 - Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестинален тракт
3. ...

Конкурентни предимства: Работи се с висококачествено оборудване, състоящо се от пълен комплект OLYMPUS и С-рамо GENERAL ELECTRIC, ALOKA, BERHTOLD. Отделението има богати диагностични и терапевтични възможности. Работата му е съобразена с утвърдените световни стандарти и с най-съвременните методи за диагностика и лечение. Кратък престой - до 3 дни.

3. Анализ на пазарната ситуация

3.1. Източници на информация за пазара

В този раздел трябва да се опишат използваните източници, с помощта на които е извършен анализът на пазара

Пазар: гастроентерология Източници на пазарни данни
<ol style="list-style-type: none">ДОГОВОР № РД-НС-01-3 от 30 декември 2011 г. за приемане на обеми и цени на медицинската помощ за 2012 г. между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз, официален сайт на Националната здравно-осигурителна каса, раздел „НРД/Национален рамков договор 2012 г“ - www.nhif.bg/web/guest/203Собствено пазарно проучване, извършено септември 2012 „Търсене на здравни услуги, заплащани в брой в сферата на гастроентерологията за област „София град“, извършено от MBMD

3.2. Описание на вида и размера на пазара

В този раздел трябва да се опише всеки един конкретен пазар – например съвкупното потребителско търсене на услугата „ендоскопски изследвания на гастроинтестиналния тракт“, съответно трябва да се посочи съвкупния приход, реализиран на пазара за определен период от време.

Пазар: гастроентерология Заплащане: от НЗОК Обем и стойност на пазара за 2012 г.
<ul style="list-style-type: none">Общ обем на пазара в областта (съгласно източник №1 по-горе) – 107 748 планирани процедури през 2012 гОбща стойност на пазара в областта - 79 682 178 лв. <ol style="list-style-type: none">Пазарен сегмент „Ендоскопски изследвания“, клинична пътека № 27: Обем - 5 084 процедури, стойност – 610 080 лв планирани през 2012 г.Пазарен сегмент „Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестинален тракт“, клинична пътека № 28 Обем – 850 процедури, стойност – 1 795 200 лв, ключова по приходи за целия сегмент с 87 % принос...

Пазар: гастроентерология
Заплащане: в брой или чрез здравна застраховка
Обем и стойност на пазара за 2012 г.

1. Общ обем на пазара в областта (съгласно източник №2 по-горе) –15 000 прогнозни процедури през 2012 г
2. Обща стойност на пазара в областта -2 700 000 лв.
1. **Пазарен сегмент „Ендоскопски изследвания“, частно платена клинична пътека № 27:**

Обем - 705 прогнозни процедури, стойност – 133 950 лв прогнозно през 2012 г.

2. **Пазарен сегмент „Високоспециализирани интервенционални процедури при заболявания на гастроинтестинален тракт“, частно платена клинична пътека № 28**

Обем..., стойност...

3.3. *Особености на пазара*

В този раздел трябва да се опишат особеностите на посочените по-горе пазари – например сезонност, регионални различия, еластичност на търсенето и т.н.

Пазар: гастроентерология
Особености на пазара

Пазарът в сегмента гастроентерология проявява сезонни колебания, свързани с обострянето на най-често срещаните заболявания – язва, гастрит, колит, през есенно-зимния период. В изпълнението на клинична пътека № 27 по наши данни се наблюдават следните зависимости, разгледани по тримесечия... В изпълнение на клинична пътека №28...

3.4. *Конкуренти*

Като част от охарактеризирането на пазара трябва да се направи анализ на конкурентите и да се даде оценка за влиянието им върху пазара – има ли пазарни лидери, силно сегментиран ли е този пазар и т.н.

Пазар: гастроентерология

Конкуренти

На територията на областта „София град“ действат 20 многопрофилни болници за активно лечение, които имат следните позиции на публично финансиран пазар (графика). Сред тях гастроентерологични дейности изпълняват следните МБАЛ:... Пазарните им дялове в този сегмент са както следва (графика). Като най-голям пазарен играч с пазарен дял от над 30 % се явява МБАЛ „Св.Иван Рилски“. Неговите силни страни се дължат на следните фактори:

1. Голяма популярност на клиниката по ГЕО, свързана с традиции, академична дейност и високо-специализиран екип
2. Развита материално - техническа база с 40 легла

3.5. Фактори на външната среда

В този раздел трябва да се направи анализ на външната среда по отношение на онези фактори, които оказват въздействие върху посочените пазари – заболяемост, финансиране, политическа стабилност. За целта може да се използва формата PEST – political, economical, social, technical – тоест описание на външната среда във всеки един от посочените аспекти.

Пазар: гастроентерология

Външна среда

В политическо отношение пазарът на здравни услуги е силно регулиран. Публично финансираните услуги се заплащат от един платец – Националната здравно-осигурителна каса, което поражда пазарни изкривявания. Бюджетът на НЗОК за заплащане на болнична помощ се определя ежегодно чрез гласуване в Народното събрание. През 2013 г. предстоят избори за Народно събрание, което вероятно ще повлияе негативно на финансирането на сектора здравеопазване. По наша оценка ще се задълбочат проблемите на недостатъчното финансиране, ниската събираемост на здравните вноски и в крайна сметка финансовата стабилност на НЗОК. Понастоящем икономическото положение в сектора е в период на стагнация, въпреки че НЗОК остава за момента финансово стабилна...

3.6. Динамика на пазара

В този раздел трябва да се посочи развитието на посочените пазари през последните 3 до 5 години и да се очертаят тенденциите за бъдещо развитие – например устойчив растеж или свиване, цикличност и т.н. Специално внимание трябва да се отдели на факторите, от които зависи динамиката на пазара – например недостатъчното публично финансиране.

Пазар: гастроентерология

Динамика на пазара

В ретроспекция от 3 години пазарът в сегмента е стабилен в частта, която се финансира от НЗОК. Обемът и стойността на пазара за периода 2008-2011 са както следва (графика). Динамиката на пазара се доминира силно от недостатъчното публично финансиране, което води до административно разпределение на средствата, заплащани от НЗОК по типа на делегирани годишни бюджети. Това обстоятелство затруднява изключително много растежа на пазара и създава административни пречки пред пазарните играчи. Самият сегмент „гастроентерология“ е силно подценен, като за финансирането му се предвиждат едва 7 % от публичните средства за болнична помощ. На частно заплатения пазар се наблюдава силна стагнация през последните години, съответно за 2008-2012 цифрите са (графика). Съотношението на частен към публичен пазар по стойност е под 0.1, което очертава малък и неразвит дял на частния пазар...

3.7. Прогноза за развитие на пазара през следващия бизнес цикъл

На база горепосочените фактори трябва да се даде прогноза за развитието на посочените пазари през следващия цикъл на планиране – обикновено 3 до 5 години. Трябва да се посочи как факторите ще действат през този период

Пазар: гастроентерология

Развитие на пазара 2012 – 2015 г.

През следващия тригодишен период не се очаква смяна на модела на финансиране на публичния пазар, което подсказва задълбочаване на проблемите. Системата на делегираните бюджети ще пречи на развитието на пазара и ще създава по-нататъшна пазарна неравнопоставеност между големите и малките играчи. Посочените изкривявания ще стимулират развитието на частно финансиран пазар, където предвижданията са да нараства броя на хората, желаещи да платят извън системата на НЗОК. Прогнозните нива за обем и стойност на пазара в сегмента „гастроентерология“ са (графика)... На графиката се вижда съпоставката между показателите на публично финансиране и частно финансиране пазар, като ръст се очаква основно във втория.

3.8. Пазарни проучвания

В този раздел се посочват извършените маркетингови проучвания на посочен /и по-горе пазари и резултатите от тях. Особено важно е да се дефинира пазарния потенциал – например има ли нереализирано потребителско търсене за дадена здравна услуга, по какъв начин е измерено и какъв дял представлява. Ако са анализирани потребителски нагласи, те трябва да се посочат.

Пазар: гастроентерология

Пазарни проучвания

Болницата поръча специализирано маркетингово проучване, проведено от агенция MBMD на пазара на здравни услуги в областта на гастроентерологията, „Търсене на здравни услуги, заплащани в брой в сферата на гастроентерологията за област „София град“. Методиката на проучването е базирана на анкета, проведена чрез случаен подбор сред болни от заболявания на ГИТ с анкетъори. Резултатите от това проучване показват, че 27.5 % от потенциалните ползватели на нашите здравни услуги са готови да заплатят в брой. Разпределението им по пол, възраст и образователен ценз е както следва (графика). Други 10 % желаят да заплатят чрез здравна застраховка, съответно техните характеристики са...

3.9. Пазарно позициониране на предлаганите здравни услуги

В този раздел се идентифицират целевите пазари (таргетни) и се прави характеристика на пазарните позиции на лечебното заведение. Например ако болницата предлага услугата „ендоскопска диагностика и лечение на гастроинтестинални заболявания“ трябва да се посочи какъв е таргетния потребителски пул за тази услуга (предимно мъже, предимно жени, възраст, нагласи) и какъв пазарен дял има в момента тази услуга в общия пазар за определен период от време. Внимание заслужава и развитието на тази услуга от началото на нейното предлагане до момента – расте ли като пазарен дял, има ли модификации за периода, обратна връзка от пациентите и т.н. Позиционирането трябва да обхване сравнение с конкурентите по отношение на цената и качеството. При планиране на влизане в нов пазар трябва да се охарактеризира този нов пазар като обем и динамика и съответно да се позиционира новата услуга.

Пазар: гастроентерология

Пазарно позициониране

Болницата предлага понастоящем 11 клинични пътеки по гастроентерология, което представлява 2,38 % дял от общия публично финансиран пазар за посочените 11 пътеки (графика). Пазарните дялове на конкурентни лечебни заведения са както следва (графика). Размерът на постъпленията от наши пациенти, плащащи в брой по посочените 11 пътеки е., което е ...% от всички постъпления за 2011 г. Оценката на общия брой пациенти през 2011 г, заплатили в брой услугата в областта гастроентерология е., като само на територията на град София те са... На база проведеното пазарно проучване болницата предвижда да позиционира през 2012 – 2015 своите услуги основно в частно финансиран пазар. Таргетната група е към хора над 40 години, мъже и жени, с по-висок образователен ценз. Болницата предвижда да обхване за периода общо ... пациенти, разпределени по години така (графика). Освен пациенти от областта „София град“ болницата ще таргетира и пациенти от провинцията, като разпределението по този показател е (графика). Както се вижда, за периода болницата планира да реализира поне 30 % от своя пациенто-поток от провинцията. Освен предлаганите 11 клинични пътеки болницата планира да развие 3 нови услуги, 1 от които е платена също така от НЗОК. Те са съответно:...

3.10. SWOT – анализ

Тук трябва да се извърши оценка на позиционирането на съществуващите и новопредлаганите услуги чрез анализ на външните и вътрешни фактори по формата на SWOT.

Пазар: гастроентерология

SWOT анализ

Силни страни на предлаганите услуги в областта „гастроентерология“:

1. Модерно оборудване, включително последни модификации на ендоскопската апаратура
2. Високо квалифицирани специалисти с признати 2 специалности
3.

Слаби страни на предлаганите услуги в областта „гастроентерология“

1. Недостатъчна материално-техническа база и брой специалисти
2. Неудобно географско разположение на болницата, което затруднява достъпа, особено на хора от провинцията
3. ...

Възможности пред предлаганите услуги в областта “гастроентерология“

1. Разрастване на частно финансиран пазар през следващите 3 години
2. Нарастващи потребителски нагласи в сегмента за търсене на високо-технологични ендоскопски услуги, предимно в частни болници
3. ...

Заплахи за предлаганите услуги в областта „гастроентерология“

1. Развитие на подобни услуги с ориентиране към частни пациенти от конкурентите..., на първо място лидера на пазара „Св.Иван Рилски“
2. Липса на нормативни предпоставки за развитие на доброволните здравно-осигурителни дружества чрез включването им в системата на публичното финансиране
3. Задълбочаване на кризата и намаляване на платежоспособните пациенти
4. ...

4. Формулиране на целите

4.1. Формулиране на краткосрочните цели

В този раздел трябва се посочат целите през следващата една година, например кои здравни услуги ще бъдат предлагани отново и какви са очакванията, кои услуги ще бъдат прекратени и защо, какви нови услуги ще бъдат предложени и т.н.

Пазар: гастроентерология
Краткосрочни цели за периода 2012 – 2013 г.

През следващата една година болницата планира да продължи дейностите по съществуващите 11 клинични пътеки както спрямо здравно-осигурени, така и частни пациенти. Още в началото на 2013 г. ще бъдат разкрити нови 3 дейности, за една от тях предстои да бъде сключен договор с НЗОК. В изпълнение на тези цели болницата планира да разкрие нови ... легла, да закупи следната апаратура за ендоскопска диагностика и лечение... и да назначи специалисти – лекари и ... специалисти по здравни грижи.

4.2. Формулиране на дългосрочните цели

Тук трябва да се очертаят целите за следващите 3 до 5 години, например разкриването на нов стационарен блок и навлизане в нови терапевтични области.

Пазар: гастроентерология
Дългосрочни цели за периода 2012 – 2015 г.

През следващите 3 години болницата планира да разработи свое мобилно подразделение, което да обслужва пациенти от провинцията в лечебни заведения на място, с които ще бъде сключен договор за ползване на помещения, оборудване и спешна помощ. Първоначално това мобилно подразделение ще оперира в областите..., съответно ще бъдат сключени договори със следните болници... Акцент през периода ще бъде промоцията на предлаганите в сегмента здравни услуги, чрез която се цели да бъдат таргетирани основно частни пациенти. Специфични маркетингови послания ще бъдат разработени за пациентите от провинцията с цел популяризиране на мобилното подразделение. Освен това се планира...

5. Маркетингова стратегия

В този раздел трябва да бъде обобщена цялата предходна информация и да се начертае пазарната стратегия на лечебното заведение за следващия планов период, например навлизане в нов пазар чрез нова високотехнологична здравна услуга с очакван пазарен дял от 30 % през третата година. Тук трябва да се очертае цялостното портфолио от услуги на болницата в съответния пазар и да се опише неговото развитие през следващия бизнес цикъл. Като част от стратегията трябва да се посочат планираните дистрибуционни и комуникационни канали за всяка една цел.

Пазар: гастроентерология
Маркетингова стратегия 2012 – 2015 г.

Стратегията предвижда удвояване на дела в публично финансиран пазар в сегмента до размера на 5 %, което съставлява 3,9 млн годишни постъпления от НЗОК при сегашни 2 млн. Така гастроентерологията ще остане ключова дейност за болницата през следващите 3 години, с принос от близо 50 % към общите приходи от НЗОК. Същевременно ще бъде сериозно увеличен делът на частно заплащащите пациенти до размер от поне 30 % от общия пациентопоток, което ще донесе допълнителен приход от 1 млн годишно. В изпълнение на тази цел ще бъде разширена съществуващата материално-техническа база и развити необходимите човешки ресурси. Ще бъде разкрито ново за болницата подразделение, което ще гастролира в набелязаните области в страната и ще обслужва пациенти на място. Болницата предвижда да инвестира в промоцията на своите услуги с таргет частни пациенти общо ... лв. Комуникационната стратегия по изпълнение на тази цел ще включва:...

6. План за действие

В този раздел трябва да се опишат конкретните стъпки за осъществяване на маркетинговата стратегия, обвързани със срокове, разходи и отговорни лица. В планът трябва да залегнат обективни измерители за постигнатото – например конкретни приходи на база успешно въведена нова услуга за 6 месеца, 1 година и т.н.

Пазар: гастроентерология
План за действие за периода 2012 – 2013 г.

През периода се предвиждат следните дейности, разпределени по години:

№	Направление	Вид дейност	Срок за изпълнение	Бюджет
1.	Разработване на медийна кампания, фокусирана върху частни пациенти - Печатни медии	Статии от медицински специалисти по здравния проблем Реклама на отделението по ГИТ на болницата	2012 – 2015	8 500 лв
			2012 г	
	- Електронни медии	...	2012 г	16 000 лв

7. Предвидени контролни механизми за измерване на успеха или неуспеха от прилагането на маркетинговия план

В този раздел трябва да се посочат предвидените механизми за оценка на изпълнението на маркетинговия план – например периодични събирания на мениджърския екип, ежемесечен финансово-счетоводен мониторинг на приходите и разходите, свързани с плана и т.н.

Пазар: **гастроентерология**

Мерки за измерване на прогреса по изпълнение на маркетинговия план за периода 2012 – 2015 г.

През периода ще бъде извършвана текуща и ежегодна оценка по изпълнението на маркетинговия план. Текущата оценка включва:

1. Сформиране на работна група от служител на маркетинговия отдел, ръководителя на отделението по гастроентерология и счетоводител. Групата ще се събира ежемесечно.
2. Отдел „Маркетинг“ ще изготвя ежемесечен отчет към изпълнителния директор за дейността по този план
3. В края на всяка една от трите години ще се извършва анкетно проучване сред таргетните пациенти с цел измерване успеха на комуникационната стратегия
4.

8. Авторски екип

В този раздел трябва да се включат имената и подписите на авторите на плана, датата на финализиране, евентуално имената и подписите на одобрилите плана.

Пазар: **гастроентерология**

Маркетингов план 2012 – 2015 г.

Изготвил плана: И.Иванов

Одобрил плана: д-р П.Керемедчиев

Съгласували:....

Дата на финализиране: 15.12.2011 г.