

Практическо занятие 14

Здравен мениджмънт, маркетинг и икономика в здравеопазването

Съдържание

1 Здравен мениджмънт – основни принципи. Мениджмънт на човешките ресурси. Управленчески екип	1
1.1 Здравен мениджмънт - определение, принципи	1
1.2 Мениджмънт на човешките ресурси	2
1.3 Управленчески екип	6
2 Здравен мениджмънт. Мениджмънт на финансовите ресурси. Мениджмънт на организационната промяна	7
2.1 Здравен мениджмънт - определение, принципи	7
2.2 Мениджмънт на финансовите ресурси	8
2.3 Мениджмънт на организационната промяна	12
3 Планиране, икономика и маркетинг в здравеопазването	14
3.1 Планиране в здравеопазването	14
3.2 Здравна икономика	15
3.3 Маркетинг в здравеопазването	19

1 Здравен мениджмънт – основни принципи. Мениджмънт на човешките ресурси. Управленчески екип

1.1 Здравен мениджмънт - определение, принципи

1. Определения

1. Мениджмънт е целенасочено въздействие.

2. Мениджмънтът е целенасочен процес за осигуряване на ефективно функциониране на дадена организация, за съгласуваност в работата на всички нейни елементи, при налични ресурси.
 3. Мениджмънтът е регулиране на дадена система чрез намаляване на нейната ентропия
2. Нива на мениджмънт
 1. Висш мениджмънт – политическо ниво (министерство на здравеопазването)
 2. Координиращ мениджмънт – средно ниво (Регионална здравна инспекция - РЗИ)
 3. Оперативен мениджмънт – мениджмънт на “права линия”
3. Управленчески процес
 1. определяне на целите
 2. приемане на решение
 3. планиране
 4. организиране и координиране
 5. ръководство, контрол и оценка
4. Видове мениджмънт
 1. Мениджмънт на ресурсите
 1. Човешки ресурси
 2. Време
 3. Финанси
 4. Материални ресурси
 2. Мениджмънт на организационната промяна
 3. Мениджмънт на качеството
 4. Мениджмънт на информацията
 5. Мениджмънт на риска

1.2 Мениджмънт на човешките ресурси

Ефективният мениджмънт на човешките ресурси предполага задължително намиране на баланс между постигане на целите на лечебното заведение и удовлетворяване на очакванията и потребностите на здравните специалисти. Освен това хората влияят пряко върху осигуряването и ефективното използване на другите видове ресурси - финансови, материални, времеви и др. Следователно управлението на човешките ресурси е ключов въпрос в мениджмънта на всяко лечебно заведение.

1. Определение - Процес на ефективно използване на персонала за постигане на целите на дадена организация и същевременно удовлетворяване потребностите и очакванията на хората.

2. Групи

1. персонала
2. пациентите

3. Управлението на кадрите може да бъде разделено в няколко етапа:

1. **планиране на човешките ресурси** - Този етап е пряко свързан със структурата, стратегията и тактиката на лечебното заведение, както и с нормативните изисквания за кадрова обезпеченост на медицинските дейности. Последните обикновено са част от медицинските стандарти по специалности и изискванията на клиничните пътеки, като служат за контрол на качеството на здравните продукти. Следователно в резултат на точното определяне на целите, структурата и функциите на всяко лечебно заведение трябва да се планират необходимите кадри в зависимост от тяхното образование, специализация, допълнителна професионална квалификация, трудов опит, езикови познания, научни постижения и др. Характерно за съвременните лечебни заведения е, че човешките ресурси имат ясно изразена хетерогенна структура. Високото технологично ниво на медицината изисква присъствието на широк спектър от специалисти с различна квалификация в областта на медицинските, социалните, икономическите и техническите науки. Планирането на човешките ресурси в повечето случаи представлява комплекс от няколко цели
2. **подбор на кадри** - Ролята на добрия здравен мениджър е да открива, привлича и наема подходящи специалисти, които да до принасят за повишаване на ефективността на лечебното заведение. В резултат на високата професионална специализация на дейностите в едно лечебно заведение е подходящо да се приложи комплексен подход в процесите на подбор на персонала. Най-често използваната форма за подбор на кадри за работа в лечебно заведение е интервюто. При провеждане на едно интервю обикновено съществуват няколко цели: 1) мениджърът се стреми да получи достатъчно информация за кандидата, за да прецени неговите компетенции и пригодност за вакантната длъжност; 2) кандидатът получава необходимата му информация относно трудовите задължения, работното време, трудовото възнаграждение и условията за работа и 3) кандидатът да продължава да уважава лечебното заведение след края на интервюто, независимо от неговия резултат.
3. **въвеждане в работната среда** - Първият етап е запознаване на новоназначения служител с длъжностната характеристика, която се състои от два основни елемента: 1) длъжност, включваща характерните изисквания и отговорности за конкретна професионална дейност и 2) работно място. За да се изготви обективна длъжностна характеристика в лечебното заведение е необходимо да са направят спецификация на длъжността и анализ на работното място. Структурата на длъжностната характеристика включва описание на

задълженията, методите за контрол, координация на взаимоотношенията с другите структури на лечебното заведение, както и необходимите знания и умения. Вторият етап на въвеждането в работната среда включва за познаване с целите и структурата на лечебното заведение, процедурите и политиките на цялостната дейност, както и на тези, които са приложими за конкретното структурно звено, в което е новоназначеният служител.

4. **мотивация и социализация с колектива** - Представлява процес на приобщаване към екипния подход на работа, който е от съществено значение за лечебните заведения. Личностната адаптация на новоназначените служители пряко зависи от първоначалното обучение за специфичните знания, методи и процедури, свързани с конкретните им трудови задължения. Този етап е строго индивидуален за всяко лечебно заведение и се състои от теоретично и практическо обучение. През този период се изготвят и първите предварителни управленски оценки относно личните качества на служителя.
5. **обучение** - Това е един от най-важните етапи в управлението на човешките ресурси, който много често е подценяван в повечето лечебни заведения. Необходимо е основният фокус да бъде насочен към правилната комуникация с пациентите и коректните взаимоотношения. При обичайната си комуникация обратната връзка пациента-лекар е слаба. Следователно комуникационният процес е двустепенен и асиметричен, защото е наличен дисбаланс. Лекарите винаги доминират в подобни взаимоотношения от позиция на образование, професионални знания и умения, докато пациентът по принцип е уплашен и в безизходица в резултат на заболяването. Нуждата от по-балансирана комуникация е осезаема, защото здравните послания са сложни и информативно натоварени. Ефективното обучение за открита и равнопоставена комуникация на здравните специалисти с пациентите е основният фактор, който влияе върху удовлетворението на пациентите и конкурентоспособността на лечебното заведение.
6. **същинска работа** - Това е етапът на индивидуална работа на всеки служител за изпълнение на възложените конкретни задачи, съгласно приложимите медицински процедури и насоки, с цел постигане на оптимални здравни резултати за пациентите и ефективното използване на ресурсите на лечебното заведение
7. **оценка на резултатите** - Това е основна функция на всеки здравен мениджър в процеса на управление на човешките ресурси. Важно е критериите за обективна оценка на здравните и икономическите резултати да бъдат предварително изготвени и всеки служител да бъде запознат с тях. Оценъчните критерии трябва да се основават на количествени и качествени показатели. Неправилно е да се разглеждат отделно здравните и финансовите резултати. За успешното управление на всяко лечебно заведение приоритетна цел трябва да бъде съотношението на здравни резултати и разходи. В зависимост от постигнатите резултати всеки

ръководител трябва да предприеме последващи действия. В управлението на човешките ресурси е изключително важно всеки служител да знае, че положените усилия и постигнатите резултати водят до определени персонални последици.

8. **последващи действия** - Това е сложна управленска дейност, включваща много творчески елементи. Винаги мотивацията е свързана с удовлетворение на определени човешки потребности. Успешните мениджъри винаги трябва да се съобразяват с корелацията между нивото на потребности на конкретния служител и методите на управление. Колкото служителите са по-близо до удовлетворяване на физиологичните потребности, толкова повече управлението се доближава до авторитарния стил. Обратното е също толкова вярно - колкото човек се изкачва в йерархията на потребностите към увереност и самоусъвършенстване, толкова неговото управление се доближава до творческо сътрудничество (демократичен стил на управление).

4. Организационен айсберг

1. Формална структура

1. Формалната структура е задължителна и тя се изгражда отгоре - надолу
2. Водеща е ролята на мениджърът, който заема официалната позиция на власт

2. Неформална структура

1. Тя не е задължителна.
2. Притежава силен емоционален елемент, осигуряващ взаимното привличане или отблъскване на членовете на неформалната група и се изгражда отдолу-нагоре.

3. Здравен мениджър

1. Здравният мениджър е официално назначен в позицията на власт, чрез която целенасочено въздейства върху управлението от него здравна организация
2. Здравният мениджър направлява дейността на здравния персонал

4. Лидер

1. Водещо лице в неформалната структура е лидерът.
2. Той не се назначава и няма позиция на власт и неговата ръководна функция се основава на взаимното привличане, съгласие и консенсус с членовете на неформалната структура.

5. **Стил на мениджмънт** - Отражава типичното поведение и отношение на мениджъра към подчинените в процеса на вземане на решения и упражняване на власт.

1. Авторитарен стил мениджърът сам взема решение и го обявява на подчинените като неоспорим факт

2. Консултативен стил мениджърът представя своите виждания и очаква съображения и въпроси от подчинените си за да вземе по-обосновано управленческо решение
3. Съпричастен стил мениджърът представя проект за решение и иска предложения за окончателното решение
4. Демократичен стил мениджърът определя само границите на задачите и кани работните групи да обосноват решението
5. Саморегулиращ (свърхдемократичен) стил мениджърът позволява на подчинените си да действат свободно при наличие на общ ориентир и цел

6. Мотивация

1. Ефективното управление на човешките ресурси предполага мениджърът във всеки момент да е наясно не само с това какво и как работят хората, но защо и какъв личен смисъл влагат в дейността си и какво удовлетворение получават от своя труд.
2. Мотивите се раждат от потребностите на личността и се характеризират с определена автономност.

1.3 Управленчески екип

Медицинската дейност в едно лечебно заведение не е индивидуална, а екипна дейност. Работната среда, основана на доверие, позволява на хората в една група да бъдат екип и да работят за реализиране на мисията и целите на лечебното заведение. Членовете на екипа възприемат и осъзнават общите цели и задачи. Следователно екипът може да се дефинира като сбор от индивиди, които споделят определени процедури, взаимодействат си, влияят си взаимно и се стремят да задоволят своите потребности чрез постигане на груповата цел. Основните предпоставки за създаване на ефективен екип включват внимателен подбор на членовете и лидера, създаване на мотивиращ работен климат, определяне на система за контрол и оценка на резултатите, продължаващо обучение с цел повишаване на професионалната квалификация и ясна система и параметри за мотивационни действия при постигане на целите.

1. Екип

1. Инструментът за осигуряване успех в мениджмънта.
2. Мениджъра трябва да подбере членове на екипа с необходимите различни качества и стилове на поведение.

2. Роли:

1. Лидер - Стабилен, доминантен, последователен, целенасочен. Координира усилията на останалите членове на екипа и притежава умение да аранжира приоритетните задачи.

2. Инициатор - конструктор - Непокоеен, енергичен, доминантен. Целенасочва изпълнението на конкретни задачи.
3. Иноватор - Доминантен, интелигентен, с вкус към новото, генератор на идеи. Притежава най-богато въображение и интелигентност в екипа.
4. Оценител - Интелигентен, стабилен, “студен” наблюдател и интерпретатор на процесите, обективен и безпристрастен.
5. Фирмен работник - Стабилен и контролируем. Работи системно и методично. Практически организатор на реализирането на управленческите решения.
6. Откривател на ресурси - Това е човекът от екипа, който най-бързо става приятен и привлекателен при делови срещи. Действа главно извън екипа като събира необходимата информация за нужни на организацията ресурси – финансови, материални, човешки.
7. Екип - работник - Изпълнява ролята на вътрешен социален комуникатор в екипа и търси баланса между формалната и неформална структура на организацията.
8. Изпълнител “до край” - Насочва се към детайлите на задачите и към окончателното им завършване.

3. Етапи на развитие

1. Неразвит екип - Избягват се близките отношения, целите все още са - неясни, лидерът взема по-голямата част от - решенията;
2. Експериментиращ екип - Проблемите се разглеждат по-открито, по-често е взаимното изследване на мнения, групата може да стане временно по-самонаблюдателна;
3. Контролиращ се екип - Личните взаимодействия се изграждат на основата на сътрудничество, задачите са изяснени, целите са съгласувани и се използват пробни процедури на съвместна дейност;
4. Зрял екип - Взаимоотношенията са открити, обсъжда се широк спектър от алтернативи, работата е издържана в методично отношение, налице е ръководен стил, основан на сътрудничество, членовете на екипа имат гъвкаво поведение и поемат отговорността на своя екип пред цялата организация.

2 Здравен мениджмънт. Мениджмънт на финансовите ресурси. Мениджмънт на организационната промяна

2.1 Здравен мениджмънт - определение, принципи

Виж [въвеждаща част](#)

2.2 Мениджмънт на финансовите ресурси

Здравеопазването като отрасъл на националното стопанство употребява значителен финансов ресурс, стоки и услуги и същевременно допринася за съхраняване и подобряване на общественото здраве. Следователно активно участва при създаването на човешки капитал, който е основен ресурс на пазара на труда. Българската здравна система по принцип винаги се е характеризирала както с хронично недофинансиране, така и с неефективно използване на наличните ресурси, което е следствие от недостатъчно доброто познаване на теорията и практиката на финансовия мениджмънт и анализ. В някои сектори на болничната система, като частните лечебни заведения, принципите на финансовия мениджмънт и пазарните механизми се прилагат успешно в определена степен, докато в други сектори това не е така. Именно затова важно условие за успешното развитие на всяко лечебно заведение е доброто познаване и прилагане на инструментите на финансово то и икономическото управление от ръководителите на всички нива - сектори, отделения, клиники, болници. Една често допускана грешка от болничните мениджъри е отъждествяване на финансовото управление със счетоводната отчетност. Въпреки използването на определени общи данни, това са две самостоятелни понятия и дейности в управленската теория и практика. Счетоводството отразява определени констатации относно финансовата информация за дадена болница, докато финансовият анализ и мениджмънт са насочени към управление и планиране на финансовите ресурси. Следователно управлението на финансовите ресурси се основава на анализ на определени параметри като капитал, оборот, печалба, инвестиции, рентабилност, задължения и др.

1. Определение - Под мениджмънт на финансовите ресурси се разбира тяхното целево регулиране или по-точно тяхното адекватно приоритетно разпределение и оползотворяване.
2. Мениджмънтът на финансовите ресурси включва два кардинални въпроса:
 1. Източници на финансови ресурси в здравеопазването;
 2. Целево регулиране на тези ресурси;
3. Аспекти
 1. Целево регулиране на финансовите ресурси е свързано с тяхното адекватно приоритетно разпределение и оползотворяване.
 2. Това налага постоянен микро- и макроанализ на здравните разходи и оценка на ефективността на здравните услуги чрез използване отношението разход-полза (cost –benefit).
4. Финансов анализ
 1. Финансовият анализ представлява особен вид специализирана функция на управлението, която е предпоставка за успешно то реализиране на всички

други управленски функции. Следователно успешното функциониране на всяко лечебно заведение до голяма степен зависи от правилното дефиниране на финансовата стратегия. Централно място в стратегията представлява фокусът върху размера, структурата, организацията и вариантите за влагане на капитала с цел реализиране на максимално висока печалба чрез постигане на обществен интерес за качествени и достъпни здравни продукти, предоставящи висока добавена здравна стойност на потребителите

2. Основните функции на анализа на финансовите резултати са следните:

1. анализ на първични и вторични количествени данни;
2. изследване на алтернативни варианти и подходи;
3. аргументиран избор на най-перспективната алтернатива.

3. Методи на финансов анализ

1. Метод на сравнението. Използва се за оценка на измененията в параметрите с цел откриване на тенденции и перспективи за развитие. Могат да бъдат използвани два подхода за сравнение:
 - вътрешно сравнение между финансовите параметри на лечебното заведение в различни периоди от време и
 - външно сравнение между финансовите параметри на конкурентни лечебни заведения в един и същ период от време.
2. Метод на групирането. Чрез този статистически метод информацията за нуждите на анализа се групира по определени признаци и критерии. Например, за да се анализира средната доходност от медицински дейности в лечебното заведение, те трябва да бъдат групирани по диагнози и видове дейности. Методът на групирането е в основата на подхода за финансиране на болничната медицинска помощ, основан на диагностично-свързаните групи. Често се използва и за анализа на качеството и здравните резултати. Почти винаги се прилага във фазата на предварителната подготовка на данните за финансово-икономическия анализ. От правилното групиране в голяма степен зависи обективността на сравненията, както и достоверността на резултатите.
3. Балансов метод. Прилага се при изследването на различни балансови зависимости и се основава на счетоводна методика. Балансовият метод намира своето приложение най-често при анализ на количествени съотношения между вложените ресурси и получените здравни резултати.
4. Метод на детайлизацията. Свързан е с разделянето на комплексните финансови показатели и множествени фактори индивидуални неделими единици. Чрез този метод се измерва индивидуализираното влияние на отделните компоненти върху резултатите на цялата комплексна система. Много често методът на детайлизирането се

прилага при одитиране и управление на времето.

5. Метод на верижните замествания. Основава се на статистическите методи за изучаване на причинни зависимости. Основно се използва при детерминантен факторен анализ, когато съществува корелация между независими променливи (фактори) и зависими променливи (здравни резултати).
6. Метод на разликите. Представлява разновидност на метода на верижните замествания. Техниката на този метод използва директно установяване на влиянието на изследвания фактор, като измерва абсолютната разлика между фактическото и базисното измерение на съответния показател. Например може да бъде установено как увеличаването на реимбурсната стойност на група клинични пътеки ще се отрази върху стойността на дохода на лечебното заведение.
7. Индексен метод. Намира широко приложение при изследването на динамиката и зависимостите между процесите и явленията в икономиката на всяко лечебно заведение. Основава се на разлагане на общия ръст на резултативния показател на отделни компоненти, които са обусловени от изменението на съответните фактори. Например, ако доходът на лечебното заведение има спад през определен период, чрез прилагане на индексния метод може да се установи кои фактори са допринесли за това.
8. Корелационен анализ. Представлява статистически под ход за изучаване на причинни зависимости.
9. Графичен метод. Използва се за нагледно представяне на развитието на икономически явления и процеси, протичащи в лечебното заведение. Според предназначението графичният метод може да се използва за сравняване на величини, структури, развитие или функционални зависимости.

5. Главни източници на финансови ресурси

1. Данъци – държавен или общински бюджет;
 2. Здравно-осигурителни фондове;
 3. Директно заплащане от пациентите;
 4. Други (неправителствени организации, дарения).
6. Оценяване на финансовото и икономическо състояние на една здравна организация
1. Показатели за анализ и оценка на дейността и стратегията на лечебното заведение:
 1. Историческа справка. Включва място и значимост на лечебното заведение в националната здравна система и предлаганите от него видове здравни продукти. В тази част може да бъде приложен правен анализ и отношения на собственост.

2. Трудови ресурси. Анализ на брой работни места и заети лица по квалификационни степени, специализации, придобити научни степени и академични длъжности. Анализира се съотношението на медицинския и административния персонал.
 3. Структура. Оценяват се управленската и организационната структура на лечебното заведение по сектори, отделения, клиники и др. Обсъждат се възможностите за структурно рационализиране.
 4. Технологична и ресурсна обезпеченост. Анализират се технологичните възможности и перспективи, обезпечеността на лечебните дейности с апаратура, лекарствени продукти, консумативи, и др. Договорните отношения с доставчици те се структурират и се разглеждат възможностите за тяхното оптимизиране.
 5. Разходен анализ. Представлява анализ и оценка на всички разходи за предходен тригодишен период, за текущата година и прогноза за очаквания размер на разходите за следващия тригодишен период.
 6. Инвестиционна стратегия. Анализират се съществуващата структура на капитала, съотношението между собствения капитал и пасивите, както и планираният обем и структура на инвестициите за следващия тригодишен период. Основните активи, които са обект на инвестиционна програма, се посочват конкретно, включително периодът за инвестициите и техните цели.
 7. Здравни продукти. Представлява маркетингов анализ на продуктовата структура, конкурентните предимства, диференцирането и позиционирането на предлаганите здравни продукти от лечебното заведение.
 8. Маркетингова стратегия. Включва пазарен анализ, обем и структура на продажбите на здравни продукти, възможности и перспективи за увеличаване на продажбите, настоящи и потенциални целеви потребители, ценообразуване и планирани промоционални дейности.
 9. Конкурентен анализ. Разглеждат се основните характеристики на конкурентните лечебни заведения, техните предимства и недостатъци.
 10. Преструктуриране. Анализират се възможностите за оптимизиране на дейностите в няколко аспекта - технологичен, продуктов и пазарен.
2. Финансово-икономически показатели
1. Показатели за рентабилност. Представяват количествени характеристики на ефективността на приходите от продажби на здравни продукти, на собствения капитал и на активите на лечебното заведение. Коефициентите за рентабилност се изчисляват на годишна база за пълен отчетен период. За текуща годи на се изчисляват на базата на прогнозни резултати при съответствие с отчетената информация до момента.
 2. Показатели за ефективност. Представяват количествени характеристики на съотношението между приходите и разходите.

3. Показатели за финансова автономност. Чрез тях се анализира степента на финансова независимост на лечебното заведение от кредиторите. Компонентите на собствения капитал се класифицират и се представят във финансовите отчети при условията и реда на приложимите счетоводни стандарти. Собственият капитал отразява имуществото на лечебното заведение и представлява разлика между сумите на активите и пасивите. Обикновено капиталът на едно лечебно заведение има следна та структура:
 1. основен капитал, формиран от парични и/или непарични вноски на собствениците;
 2. резерви, които са формирани от неразпределени печалби през предходни периоди;
 3. текущ финансов резултат за последната година и
 4. други специфични резерви, основани на здравното законодателство и спецификата на лечебната дейност.Ю
4. Нетен паричен поток. Представлява разликата между входящите и изходящите парични потоци. Входящите парични потоци (постъпления) представляват паричните наличности и парични еквиваленти от медицинската, инвестиционната и финансовата дейност на лечебното заведение. Изходящите парични потоци представляват разплатените задължения на лечебното заведение, като не се включват главницата и лихвите на разсрочените задължения. Нетният паричен поток трябва да има положителна стойност.

2.3 Мениджмънт на организационната промяна

1. Типове промяна:
 1. Частична
 2. Фундаментална
 1. Промяна в мисията – генералната цел.
 2. Промяна в методите, средствата и структурата.
 3. Промяна в организационната култура.
2. Фактори:
 1. стимулиращи и противодействащи
 2. външни и вътрешни
3. Ефекти:
 - очаквани ☒ неочаквани
4. Бариерите пред промяната:

1. Според източника
 1. Вътрешна съпротива - Определя се от самата организация, структура, квалификация на персонала, професионална мотивация, стил на управление и др.
 2. Външна съпротива - Произхожда от околната среда на здравната организация. Това са многобройни политически, икономически, законови, културни и други фактори.
2. Според причините
 1. Индивидуална съпротива - Явява най-съществената бариера за провеждане на промени. Фактори на индивидуална съпротива:
 - Трудно преодолими навици;
 - Конфликт на интересите;
 - Страх от загуба на свобода или власт;
 - Възможни социални загуби;
 - Възможни икономически загуби;
 - Страх от неизвестното и неинформираност за смисъла на промяната.
 2. Организационна съпротива - Свързана е със стремежа на организациите за запазване равновесието и конформна определена от съществуващата в момента структура. Главните причини за организационната съпротива:
 - Стремек към поддържане на стабилитет;
 - Бюрократичен стил на управление;
 - Инвестирани до момента ресурси;
 - Необходимост от нови инвестиции;
 - Страх от намаляване на властта и др.
5. Подходи за преодоляване съпротивата срещу промяната:
 1. Участие - Изразява се в осигуряване участие на повече лица в проектирането и реализирането на промяната.
 2. Образование
 - Използване на целенасочени образователни
 - програми за повишаване управленческата
 - култура в реформиращата се организация.
 3. Външен агент - Намесата на външен за организацията фактор (политик, журналист, експерт) може да намали по естествен път съпротивата към предстоящата промяна.
 4. Принуда - Подходът трябва да се използва много внимателно, тъй като може да доведе до още по-негативно отношение към промяната.
 5. Стимули - Въпросът за стимулите е задължителен при планирането на всяка промяна. Първостепенно значение има степента на справедливост на възнаграждението при всяка промяна.

6. Постепенност - Рязката еднократна промяна по правило предизвиква съпротива, докато поетапна буди по-малко съмнения и се осъществява в по-естествено.

6. Стадии

1. В първия стадий се осъществява диагноза на проблема, появява се мотивация за промяна, нови виждания, нов консенсус, нови ценности и отношения, организира се обучение, изобщо създава се готовност за промяната
2. Във втория стадий е фактическата промяна. Реализират се новите решения, преодоляват се бариерите на промяната, инициаторите (агентите) на промяната разширяват кръга от хора, ангажирани в промяната, сегашният статус на организацията преминава в бъдещия статус, който в този стадий е нестабилен
3. В третия стадий става фиксирането и стабилизирането („замразяването“) на бъдещия статус, т.е. интегрирането на новите елементи на организацията в новата ѝ структура.

3 Планиране, икономика и маркетинг в здравеопазването

3.1 Планиране в здравеопазването

- Стратегическият мениджмънт е философия или начин на управление на системата, на организацията.
- Терминът „стратегия“ има своя произход от гръцки език и означава „генерал на армия“, с езика на военните: „да се планира разбиването на врага чрез ефективно използване на ресурсите“. С оглед повишаване качеството на стратегическия мениджмънт в здравеопазването експерти (Дънкън и кол.) изтъкват голямото значение на следните области на познанието:
 - Генерализирани (обобщени) доказателства — в тази област се контролира и ограничава контекста поради неговата променливост и се тестват хипотези;
 - Изучаване на конкретния контекст — характеризират се реални социални, физически и културни характеристики на здравната институция с акцент върху протичащите процеси, привички и традиции;
 - Измерване функционирането на здравната система - оценка на ефекта от промените чрез изследователски методи за анализ и оценка, за ранжиране на перспективите;
 - План за промяна - описват се методите за свързване на доказателствата с конкретния контекст; Изпълнение на планираните промени — осигурява необходимите стратегически, операционални и човешки ресурси за реализиране на промяната.

- Стратегическо мислене — това е фундаментална интелектуална активност, която е в основата на стратегическия мениджмънт; изразява се в ориентация във външната за системата среда, анализ на данните, обсъждане на предположения, генериране на нови идеи;
- Стратегическо планиране - изграждат се алгоритми от стъпки за изпълнение мисията на здравната система; резултатът е — разработен план и стратегия; за целта се осъществява ситуационен анализ, външен и вътрешен анализ, изработва се рамка на различните стратегии - адаптивни, пазарни, конкурентни и др., формулират се стратегии; планира се внедряването на стратегиите и се разработва план за действие;
- Внедряване на стратегията — последователни действия, за да може мениджмънта на стратегията да постигне стратегическите цели на организацията; включва мениджърски действия, оценка, нови инициативи.
- Като цяло стратегическият мениджмънт:
 - свързва членовете на системата чрез споделени ценности и чувство за общност и идентичност;
 - повишава финансовите резултати в много от случаите;
 - осигурява ясна концепция, специфични цели, ръководство и съгласуваност при вземането на решения;
 - подобрява цялостната координация;
 - стимулира иновациите с оглед да отговаря на потребностите на динамично променящите се ситуации. Стратегическият мениджмънт, както посочват експертите Суейн и Дънкън, се стреми да идентифицира тези въпроси, които ще бъдат важни в бъдещето, и по-конкретно: „Ще осигуряваме ли тези здравни дейности в бъдеще?“ „Какви нови здравни дейности ще са необходими?“ „Кои от здравните дейности, които днес предоставяме, няма да са необходими в бъдеще?“

3.2 Здравна икономика

1. Определения

1. Икономиката е обществена наука, която изучава избора, който хората правят, използвайки наличните ресурси за удовлетворяване на своите потребности. Наука за производството, разпределението и потреблението на материалните и нематериалните блага в обществото.
2. Икономика на здравеопазване – приложение на икономическата наука към проблемите и явленията, свързани със здравето и здравеопазването
3. Общественото здравеопазване като система с идеална цел има за задача по най-ефективен (с висока здравна ефективност) начин да изразходва предоставените му средства при медицинското обслужване на населението.

2. Раздели

1. Здравната микроикономическа наука обслужва два отрасли - общественото здравеопазване, и частното здравеопазване, което е дейност с реална стопанска цел - има за задача да се издържа и да печели. За него са валидни всички икономически съждения за предприятия със стопанска цел, търсеци ви сока печалба.
2. Здравната макроикономическа наука разглежда икономическите проблеми на здравеопазването на национално ниво - каква здравна система е необходима, с какви ресурси да се осигури, по какъв начин да се субсидира (финансира) дейността на здравните заведения, как да се структурира (по специалности, по територия и по количество) здравната система, че резултатите да са възможно най-добри. Това са проблемите в близък план. В стратегически аспект икономика на здравеопазването търси връзка та между материалното и духовното богатство, от една страна, и здравеопазването, от друга; как развитието на стопанската сфера влияе върху здравната система и върху здравето на нацията; интерпретира формите и начините на финансиране на медицинската дейност и оценява ефекта от тях; създава специфични икономически методи за работа в здравеопазването, търси аргументи за усъвършенстване на медицинското обслужване и здравната политика на нацията и оценява възможните варианти за иновация в здравеопазването.
3. Цели - Генериране на максимални по обем здравни ползи за възможно най-широк кръг потребители при дадени бюджетни ограничения
4. Понятие за алтернативна цена / разходи
 1. Всяка възможност, от която се възползваме, означава отказ от друга, алтернативна възможност.
 2. Всеки избор е свързан с цена, а истинската цена не е само тази, която плащаме. Истинската цена на възползването от една възможност е отказ от други, алтернативни възможности.
 3. Разходът от най-добрата, но неизползвана алтернатива при избор на определен вид дейност.
5. Особености на здравната икономика
 1. **Висока степен на диференциация на здравния продукт;** Здравеопазването е публична услуга, с висока степен на хетерогенност и с невъзможност за повторно предлагане на абсолютно същата услуга. Както всяка друга услуга, и здравната услуга може да бъде закупена само директно от доставчика и не може да се продава между потенциалните клиенти на услугата. Всеки пациент може да има различни предпочитания относно вида на лечението, неговата продължителност, мястото на лечение и специфичните здравни рискове, както и относно личността

на лекуващия го лекар. Следователно хетерогенността на здравния продукт се комбинира с хетерогенността на потребителските предпочитания. Потребителите избират доставчиците на здравни продукти, които най-добре удовлетворяват техните предпочитания, и по този начин засилват пазарните позиции на предпочетените доставчици. В същото време обаче това означава намаляване на пазарните позиции на други доставчици, което в крайна сметка засяга потребителите на предлаганите от тях здравни продукти. Ниското ниво на заместване между различните доставчици на здравни продукти води до високи нива на пазарно присъствие и влияние, доближаващи се до монополните, което съответно рефлектира в ниско ниво на еластичност на търсенето на здравни продукти. Следователно здравният пазар може да бъде характеризиран като монополистично конкурентен тип. От гледна точка на пазара на болнична медицинска помощ относително малко доставчици функционират постоянно в един по-дълъг период от време, с поддържано високо ниво на качеството на здравния продукт. По този начин се формира олигополно предлагане на добре диференцирани здравни продукти. В резултат на това логично трябва да се очаква, че доставчиците на здравни продукти могат да получат значимо влияние върху определянето на цените на този пазар. В това отношение пазарът на здравни продукти не се различава значително от другите пазари със съществена диференциация на продуктите. Икономическата теория не дава общи указания за подходяща антитръстова политика при пазарите със значима диференциация на продуктите. Трябва да се има предвид обаче, че силната държавна регулация и фиксирането на цените на здравните продукти влияят в посока намаляване на социалното благоденствие.

2. **Асиметрична информация** . Асиметрична информация и морален хазарт. Моралният хазарт, като икономическа категория, представлява ситуация, в която едната страна се включва във високорискови действия, като знае, че е защитена от риска, и другата страна ще поне се финансовите разходи. Важно е да се подчертае, че структурата на информацията е ключово важна за разбирането и анализа на пазарите на здравни продукти. Асиметричната информация води до морален хазарт в здравното осигуряване, до увеличаване на търсенето и съответно - на разходите, без да се постига адекватно подобряване на здравните продукти, респ. подобряване на здравето на потребителите. Асиметричността на информацията, известна още като информационна недостатъчност, възниква, когато доставчикът на здравния продукт (лекарят) притежава много по-големи познания от купувача (пациента). Асиметричната информация в здравеопазването се проявява както във взаимоотношенията лекар-пациент, така и в тези между пациент и осигурителна/застрахователна институция. Във всеки един случай на заболяване и лечение лекарят е по-добре информиран за състоянието на пациента, отколкото самия пациент. Това поставя принципен въпрос за степента, в която лекарят ще

защитава интереса на пациента и ще действа като негов агент. Проблемът е как да се проверят и потвърдят точната диагноза на заболяването и подходящото лечение. Друг проблем се проявява в случаите, когато несигурността на потребителя относно здравните резултати поражда търсене на допълнителни здравни продукти, които не винаги са оправдани, което в крайна сметка индуцира допълнително търсене в здравната система. Наличието на асиметрична информация също се проявява и между здравноосигуреното лице и финансиращата институция, тъй като потребителят е по-добре запознат със собственото си здравословно състояние в сравнение с платеща. Той плаща по-малка или никаква част от цената на получения здравен продукт, докато основната част или цялата цена се поема от платеща. При наличие на осигуровка/застраховка потребителят може да не бъде достатъчно мотивиран да се отнася отговорно към здравето си.

3. Засилена държавна регулация. Поради особеностите на здравния сектор и обсъдените до момента негови специфични характеристики се налага задължителна намеса от страна на държавата под формата на нормативна регулация в всеки подсектор в здравеопазването.

6. Оценки на икономическите решения - Оценка на здравните технологии

1. Форма на политика в областта на научните изследвания, която проучва краткосрочните и дългосрочните резултати, свързани с прилагането на здравните технологии, и има за цел да предостави информация относно алтернативните здравни стратегии.
2. Мултидисциплинарна дейност, която систематично оценява техническите характеристики, безопасността, клиничната ефикасност и ефективност, разходите, стойностната ефективност, организационните, социалните, правните и етичните последици от прилагането на здравни технологии в здравеопазването и се фокусира върху стойността – клинична и икономическа, като анализът е сравнителен спрямо съществуващата или най-добрата към момента алтернатива.
3. Измерване на съотношението между разходи и терапевтични резултати се прилага в икономическите оценки на здравни технологии, когато се използва анализ от типа **разход/ефективност** (CEA)
4. Икономическите анализи на здравните технологии от типа **разход/полезност** (CUA) отделят особено внимание на качеството на здравните резултати.
 1. CUA използва QALY като мярка за здраве, включваща комбинация от продължителността на живота и качеството на живота, свързано със здравето.
 2. Основният резултат при CUA е цената за една спечелена QALY
5. Анализът **разход/полза** (CBA) изисква резултатите от здравните технологии да бъдат изразени в парични единици, което дава възможност за директно сравнение на постепенно нарастващите разходи и резултати.

3.3 Маркетинг в здравеопазването

Управлението на маркетинга в здравеопазването е изкуство и наука за избор на целеви пазари, за привличане, задържане и увеличаване на броя пациенти чрез създаване, предлагане и продаване на по-висока здравна стойност.

1. Определение:

1. Терминът маркетинг (пазар) свързва двете основни функции на обществото - производство и потребление. По своя характер маркетинг, е управленчески процес, отговорен за установяването, предвиждането и удовлетворяването на потребностите и изискванията на клиента (потребителя) в условията на пазара.
2. Маркетингът е съвкупност от дейности по привеждане на ресурсите на производителя в съответствие с изискванията на пазара. В този аспект маркетингът трябва да решава два проблема:
 1. Първият на потребителя - задоволяване на потребностите
 2. Вторият на производителя - печалба.
3. Съчетаното решава на тези проблеми става чрез механизма на **конкуренцията** - осигуряване на по-качествени, по-желани, не достатъчни стоки и услуги в сравнение с конкурентите.

2. Понятия

1. Целеви пазари и сегменти. Известно е, че не съществуват здравни продукти, които да задоволят търсенето на здраве от всички пациенти. Следователно основният признак, по който се сегментира здравният пазар, са демографски характеристики и заболяванията на пациентите. Маркетингът в здравеопазването изисква основно изследване на заболяемостта и причините за смъртност и инвалидизация. За всеки избран целеви пазарен сегмент (пациенти с еднакви или сходни болестни състояния) доставчикът трябва да разработи стойностен здравен продукт, който да бъде позициониран в съзнанието на пациента като носещ някаква основна здравна полза.
2. Здравни потребности и търсене на здравни продукти. Първият етап от всеки маркетингов цикъл е установяване на здравните потребности и търсенето на целевия пазар. За разлика от другите икономически сектори, където истинският пазар включва само платежоспособно търсене, в здравеопазването по ради наличието на платец, различен от пациента, се счита, че общото търсене на здравни продукти е платежоспособно.
3. Здравна стойност и удовлетворение на пациентите. Успешните здравни продукти носят на пациентите стойност и удовлетворение. Използвайки структурата на здравната стойност (съотношение на здравни ползи и разходи) всеки мениджър може да увеличи по няколко възможни начина

1. чрез увеличаване на здравните ползи при същите разходи, чрез запазване на ползите и намаляване на разходите
2. чрез увеличаване на ползите повече, отколкото увеличаването на разходите или чрез намаляване на ползите по-малко, отколкото намаляването на разходите. Последният подход не е особено приемлив за пациентите, поради което той не намира приложение в маркетинга на здравеопазването.
4. Сделка. Това понятие представлява размяна на стойности и е основна част от маркетинговия процес. Потребителят получава здраве и заплаща здравни вноски, платецът получава здравни вноски и заплаща здравни продукти, доставчикът получава пари и предлага здравни продукти.
5. Маркетингови взаимоотношения. Целта е да се установят дългосрочни взаимноизгодни отношения на лечебното заведение с неговите пациенти, персонал, доставчици и др. Маркетингът на взаимоотношенията изгражда силни икономически, технически и социални връзки между страните, които прерастват в т.нар. „маркетингови мрежи“. Обществените ползи от подобни маркетингови мрежи в здравеопазването могат да бъдат много големи и насочени отново към подобряване на превенцията, качеството и достъпността. Важно е обаче здравните мениджъри и обществото да контролират баланса между стремежа за осигуряване на по-високи доходи и качеството на здравните продукти.
6. Маркетингови канали. За да достигне специализирания си целеви пазар, всяка болница може да използва най-общо два вида маркетингови канали:
 1. комуникационен канал, чрез който то предава послания и получава информация от пациентите и рефериращите лекари
 2. канал за продажби, който улеснява покупката на здравни продукти.
7. Система за снабдяване. Представлява верига от доставчици, чрез които всяко лечебно заведение се снабдява с услуги и стоки, необходими за производството на здравни продукти. Чрез системата за снабдяване лечебното заведение трябва да придобива стойност.
8. Конкуренция. Това е критично важен въпрос в управлението на маркетинга в здравеопазването. Конкуренцията включва всички съществуващи и потенциално съперничаещи си здравни продукти. Може да бъде разделена на няколко нива:
 1. индивидуална;
 2. браншова;
 3. секторна и
 4. родова конкуренция
9. Маркетингова среда. Цялостната маркетингова среда, в която действа едно лечебно заведение, може да бъде разделена на две части:
 1. целева среда (пациенти, персонал, доставчици и др.) и
 2. околна среда (демографска, икономическа, природна, технологична,

политическа и социокултурна среда). Околната среда може да оказва силно влияние върху процесите и участниците в целевата среда.

10. Маркетингов микс (структура). Представлява съвкупност от мероприятия, които доставчикът на здравни продукти из ползва, за да постига пазарните си цели. маркетингови инструменти - продукт (product), цена (price), място (place), промоция (promotion)
3. Маркетинг дейности - Управлението на маркетинговия цикъл по принцип се състои от три вида дейности:
 1. стратегически (проучване на пазара, сегментиране и позициониране);
 2. тактически (производство на продукта, ценообразуване, промоция и организация на пласмента);
 3. административни (контрол, оценка на резултатите, усъвършенстване на маркетинговата тактика и стратегия)
4. Фактори за ефективност на маркетинговата стратегия
 1. Постоянни междуличностни отношения с клиентите (пациентите) основани на доверие и морал.
 2. Професионална компетентност и утвърден престиж на лекаря.
 3. Лесно и достъпно получаване на здравната услуга с намаляване на бюрократичните процедури пред контакта с лекаря. Този фактор и от особено значение, тъй като потребителите на здравните услуги почти винаги са в състояние на стрес.
 4. Внимателен подбор на здравния персонал чрез изискване на изискващ специални качества: толерантност, емпатия, комуникативност, дискретност, самодисциплина.
 5. Обучение на здравния персонал в стандартизирани поведенчески стереотипи на работното място.
 6. Постоянен мониторинг и контрол на мнението за удовлетвореността на пациентите от качество на медицинските услуги.
 7. Внимателно обмислена и ориентирана към дълговременен период политика за материално стимулиране на персонала.
5. Маркетингът за здравните услуги изисква съществуването на пазар в здравеопазването. Необходимо е да се отбележи, че:
 1. пазарът в здравеопазването не е цел а средство.
 2. Пазарът не преследва печалба, търси се по ефективно използване на ресурсите и по-справедливо възнаграждение на медицинския труд.
 3. Пазарните механизми имат своето място, както в частния, така и в държавния сектор на здравеопазването.
6. Предизвикателства

1. *Наличие на отрицателно търсене на предлаганите услуги или продукти.* Един пазар се счита, че е в състояние на отрицателно търсене, когато по-голямата част от пазара (клиентите) не одобрява (не харесва) продукта или услугите на дадена организация и на практика даже е възможно пациентите да разходват допълнително средства, за да избегнат възможността да ги използват. Съществуват например хора, които имат негативно отношение към ваксинациите, поддържане на зъбите, психиатричната помощ или плащат скъпи билети за транспорт и консултации при специалисти от по-големите центрове с цел избягването на услугите на местните специалисти. Маркетинговата задача в този случай е да се направи анализ защо пазарът, т.е. нашите сегашни и потенциални клиенти не харесват нашите продукти или услуги; дали нашите бъдещи маркетингови програми могат да променят вярата, отношението на клиентите чрез промяна качеството на продуктите и услугите, чрез намаляване на цените, чрез модифициране на достъпа до продукта и услугите, чрез една нова положителна реклама и други маркетингови адекватни условия.
2. *Няма търсене на нашите продукти и услуги.* В този случай целевите консуматори (пазари) най-често са дезинтересирани или индиферентни към продуктите и услугите, които се предлагат. Маркетинговата задача в този случай е да се намерят пътища за свързва не на ползите, които ще получат клиентите от предлаганите продукти и услуги, с естествените човешки нужди и интереси.
3. *Латентни потребности (търсене).* Една значителна част от консуматорите на медицински услуги биха с огромно желание и удоволствие споделили предлагана медицинска помощ и лечение, но при някои заболявания поради липсата на задоволително лечение не търсят в необходимата степен или въобще не търсят услугите на дадени здравни заведения. Съществуват например огромни латентни потребности за лечението и обслужването на болните със злокачествени заболявания, по проблемите на стареенето и старите хора, редица сърдечносъдови заболявания, по лечението и гледането на болни с дебилни състояния и други трудно или неизлечими болести и състояния. Много е вероятно в близко бъдеще да се намерят методи и средства за задоволяване на тези латентни потребности и други свързани със здравеопазването потребности.
4. *Намаляващо търсене (потребности).* Всяка организация по-рано или по-късно изпада в състояние на намаляване на търсенето на една или повече нейни услуги или продукти. Една от причините за намаляването на търсенето е намаляването на потребностите при някои заболявания поради наличието на ефективно лечение и профилактика. Друга причина - увеличават се предпочитанията и възможностите за лечение на болните по домовете или в т.нар. дневни стационари, което намалява използваемостта на болничната база. Маркетолозите трябва да анализират причините за намаляването на търсенето или потребностите и да изяснят дали те

могат да бъдат рестимулирани чрез намирането на нов целеви пазар; чрез промяна качествата на продуктите или услугите; чрез разширение на асортимента на услугите или видоизменянето им; чрез усъвършенстване на разпространението и промяна на обема на продукцията; чрез развиване на нови по-широки и по-ефективни комуникации за популяризиране на продуктите или услугите. Маркетинговата задача се състои в това да бъде променен намаляващият пазар и осъществен ремаркетинг на предлаганите продукти и услуги, т.е. да се възстанови отново пазарът. Ако това не може да бъде направено е необходимо да спре производството на продукта или закрити базата с цел да се предотврати пратосването на ресурсите.

5. *Нерегулирано търсене.* Много здравни организации срещат редица проблеми при търсенето на някои продукти или услуги, което варира през различните сезони, през различните дни на седмицата или часове на деня, причинявайки престой или претоварване на възможностите или капацитетите. Така например търсенето на медицинска помощ в центровете за спешна и неотложна медицинска помощ е по-високо вечер и през съботните и неделните дни, когато лекарските кабинети не работят или здравните заведения в околностите на големите градове също са затворени. Педиатрите са значително повече натоварени в началото на учебната година или в края на годината. Болничните параклинични служби са натоварени предимно през седмицата и ненатоварени в почивните дни и следобед. Маркетинговата задача в тези случаи ще бъде да се намерят начини да се промени времето за задоволяване потребностите и търсенето посредством гъвкава реклама, промяна в достъпа, ценообразуването или други инициативи.
6. *Търсене според възможностите (пълно натоварване).* Организациите могат да се намират и в състояние на възможност да посрещнат такива потребности (търсене), които да съответстват на техните капацитетни възможности. Маркетинговата задача в тези случаи е да поддържа търсенето съобразно тяхното текущо ниво с цел посрещане на възможните всекидневни или бъдещи промени на пазара, неговите нови преференции или при новопоявила се по-силна конкуренция. Организацията трябва да поддържа качеството и непрекъснато да измерва удовлетворяването на своите клиенти, за да бъде сигурна, че тя дава производство с високо качество.
7. *Прекалено търсене (надхвърлящо възможностите за обслужване).* Някои здравни организации срещат такова ниво на търсене на техните услуги, които надхвърлят техните възможности за обслужване. Това често се случва със службите, оказващи здравна помощ по домовете. Често повикванията са повече в сравнение с техните възможности за обслужване. Маркетинговата задача в тези случаи, наречена демаркетинг, е да се намерят начини за намаляване на търсенето (потребностите) чрез обезкуражаване на търсенето, временно или чрез трайно намаляване на търсенето, ако това се счете за необходимо. В общи линии, демаркетингът се състои в

осъществяването на следните дейности

1. Повишаване на цените; намаляване на рекламата; намаляване и ограничаване на достъпа до службите или услугите, или продукта.
 2. Селективният демаркетинг търси начини да намали общите потребности и прави опити да намали търсенето, идващо от тази част на пазара, която е по-малко изгодна или по-малко се нуждае от услугите или от продуктите на организацията; демаркетингът в този контекст се стреми не да разруши потребностите и търсенето, а само да намали тяхното ниво.
8. *Нездравословно търсене (търсене на нездравословни продукти или услуги)*
Продуктите, считани за нездравословни (увреждащи здравето) и ползвани от някои групи от населението, правят необходимо привличането на сили, чрез които да се обезкуражи или ограничи тяхната консумация. Демаркетингът в този контекст или самите кампании за демаркетинг представляват кампании против „продажбите“. Такива кампании се организират против продажбата на цигари, алкохол, наркотични вещества и наркотици, срещу „големите“ фамилии в някои страни (планиране на семейството), срещу абортите и т.н. Демаркетингът или антимаркетингът срещу вредните продукти използват почти еднакви средства и дейности в една и съща посока, т.е. да се намали консумацията чрез използва нето на съответната антиреклама и адекватна емоционална комуникация.