



**УНИВЕРСИТЕТ ЗА НАЦИОНАЛНО И
СВЕТОВНО СТОПАНСТВО**

**ФАКУЛТЕТ „УПРАВЛЕНИЕ И АДМИНИСТРАЦИЯ“
КАТЕДРА „ПУБЛИЧНА АДМИНИСТРАЦИЯ“**

БОРЯНА ВАСИЛЕВА МАРИНКОВА

**УПРАВЛЕНИЕ НА КРИЗИ
В ПУБЛИЧНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ ЧРЕЗ
МАРКЕТИНГОВИ МЕТОДИ**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за придобиване на образователна
и научна степен „доктор“ по научно направление 3.7.

„Администрация и управление“,

докторска програма „Организация и управление извън сферата
на материалното производство (публична администрация)“

София

2022

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита от катедра „Публична администрация“ към факултет „Управление и администрация“ при УНСС на заседание, проведено на 26.10.2022 г.

Трудът е в обем от 176 страници, от които 156 страници основен текст. Състои се от въведение, изложение в три глави, заключение, приноси, списък на използваната литература, 8 таблици и 23 фигури. Използваната литература съдържа общо 193 източника на български, английски, испански, немски, френски и др. езици, в т.ч. нормативни документи, статии в научни списания и периодични издания, научно-изследователски, технически и статистически източници, интернет сайтове със специализирана информация.

НАУЧНО ЖУРИ:

1. Проф. д-р Христо Катранджиев
2. Проф. д-р Тилчо Иванов
3. Проф. д-р Йордан Ботев
4. Доц. д-р Светла Михалева
5. Проф. д-р Цветка Стоенчева - научен ръководител

Публичната защита на дисертационния труд ще се състои на 20.12.2022 г. от 10.00 часа в зала „Научни съвети“ (2032A) на УНСС – София на открито заседание на Научно жури, назначено със заповед на Ректора на УНСС.

Материалите по защитата са на разположение в сектор „Научни съвети и конкурси“ при Дирекция „Наука“ на УНСС - гр. София, и на интернет страницата на УНСС.

I. ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Актуалност и значимост на проблема

Кризите в публичното здравеопазване вълнуват научните среди от десетилетия поради високата степен на засягане на големи популации и тежките последици за икономиката и публичната сфера. Последните три години преминаха под знака на глобална пандемия – изпитание за системата на публичното здравеопазване във всяка една държава по света, милиони жертви, многократно повече инвалидизирани и тежко преболели пациенти, гигантски щети върху редица сфери на стопанския живот със сериозни психологически последици за съвременното общество. Един от приоритетите на публичното здравеопазване е достъпът до терапия, а пандемията породила всеобхватен недостиг на лекарства, който оставил сериозен отпечатък върху опитите за контрол на разпространението на вируса. Предвид факта, че участниците в процеса на лекарствоснабдяване в преобладаващ процент са частни субекти, регулирани от публичната власт, дисертационният труд ще търси маркетинговите решения при управление на кризата в публичното здравеопазване, породена от недостиг на лекарствени продукти.

Изборът на тема е актуален в научен, методологичен и практико-приложен план поради широката обществена значимост на сектор здравеопазване за субектите и обектите на публичната администрация, а аспектите на здравеопазването и в частност публичното касаят всяка институция, физическо и юридическо лице. Кризите в публичното здравеопазване влияят на всяка една национална политика, застрашават националната сигурност и са пречка в развитието и поддържането на икономическите взаимоотношения, могат да имат изключително тежки последствия за живота и неговото качество.

Акцентът е поставен върху недостига на лекарства. Разглеждан е в сравнителен план, като се интерпретират данните преди и по време на разпространението на коронавирус, за което авторът е извършил собствено изследване. Методологията на изследването се основава на задълбочен анализ на съвременните литературни източници за кризите в публичното здравеопазване, касаещи здравните политики, публичната

власт, изпълнителите на медицинска помощ, фармацевтичния сектор и обществото. Изследва се ефективността на маркетинговите методи при установяване, управление и предотвратяване на потенциални кризи от гледната точка на недостига на лекарства в България.

Обхватът на феномена „недостиг на лекарства“ по данни за България, Европейското икономическо пространство и Съединените американски щати са обезпокоителни. Според извършеното от автора проучване сред потребители у нас в периода 9 юни 2018 – 13 януари 2022 са анализирани 1447 сигнала за липсващи лекарства, като близо 70% от тях не могат да бъдат разрешени без промени в регулацията на публичното здравеопазване и без активни интервенции в маркетинговия микс на компаниите. Данни от последното проучване сред фармацевтите в ЕС сочат, че 60% от случаите на недостиг са преодолени чрез подобрена дистрибуция, а изводите от изследване сред търговците на едро в Европа са за прилагане подходи към продуктовете и ценовата политика във фармацевтичния сектор.

2. Степен на изследване на проблема

В международен план проблемът с недостига на лекарства придобива широка публичност от началото на новото хилядолетие. В периода 2000-2018 г. случаите на недостиг на лекарства в ЕС нарастват 20 пъти. Повишеният глобален научен и обществен интерес по темата се вижда от броя на цитиранията на тема „недостиг на лекарства“ в утвърдената база данни PubMed: 430 материала за целия период от 1946 г. - 2000 г., а през последните години броят експоненциално нараства, като достига 1026 за 2001 - 2010 г. и 3383 материала от 2011 г. до 11 март 2022 г. Най-много са резултатите в периода 2020 - 2022 – 1086, което респондира на актуалността на темата по време на пандемията от Ковид 19. В национален план по темата към момента има единични публикации и анализи.

Значителната част от националните и наднационални публични политики, регулации и мерки от страна на фармацевтичната индустрия се проявяват и разгръщат активно след 2000 г. Феноменът влиза във фокуса на вниманието на регулатори като Европейската комисия и Съвета на Европа, Европейската агенция по лекарствата, Федералната агенция по лекарствата и храните на САЩ и др.

Водещ учен и анализатор на проблема е А. Сербезова¹. Понятието недостиг се дефинира за първи път със Закона за изменение и допълнение на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина от 2016 г. От юни 2018 г. се предоставят данни за причините за недостига на лекарства, които авторът събира и анализира, информирайки регулярно институциите и потребителите чрез медиите. Липсата на достъпно проучвания и приноси по толкова важна тема е основната предпоставка за възникване на авторския интерес и е определяща за избора на тема.

3. Обект и предмет на изследването

Обект на изследването е публичното здравеопазване в България, което отговаря за достъпа на пациентите до терапия и разработва политиките, регулациите и мерките за преодоляване на недостига на лекарства като потенциална криза. Разгледани са нормативните актове и задълженията на публичната администрация, спецификите на фармацевтичния пазар у нас, включително ролята на всички заинтересовани страни.

Предметът на изследване е управлението на кризи в публичното здравеопазване и в частност управлението на недостига на лекарства чрез маркетингови методи. Конкретно, задълбочено и с авторско изследване е проучен и анализиран недостигът на лекарства в България. Проблемът се концептуализира, като се търси неговото решение в условия на недостатъчни ресурси чрез инструментите на маркетинга. Изследват се възможните публични здравни политики, законодателни промени и организационни решения, като се оценява ролята на органите на публичната власт, участниците по веригата на доставки и въздействието на отделните маркетингови методи.

4. Основна теза и изследователски хипотези

Основната теза е, че недостигът на лекарства представлява криза за публичното здравеопазване, което налага използването на маркетингови методи за преодоляването му и за постигането на устойчиво снабдяване на пациентите с лекарства. Маркетинговият подход е разгледан

¹ Сербезова, А. (2021), Недостигът на лекарствени продукти: причини и решения, Предпечат

в аспектите на стратегическото управление на лекарствоснабдяването, маркетинговите изследвания и холистичния ефект на маркетинговия микс.

В подкрепа на основната теза са формулирани следните допълващи **изследователски подтези**:

1. Кризите в публичното здравеопазване са проявление на нехомогенни и комплексни процеси с огромни и тежки последствия на индивидуално, обществено и икономическо ниво, които трябва да бъдат прецизно изследвани и анализирани;
2. Спецификите на фармацевтичния пазар в България създават сериозни предпоставки за недостиг на лекарства.
3. Комплексното прилагане на маркетингови методи и гъвкавата здравна политика и регулация са предпоставка за своевременно установяване и преодоляване на недостига на лекарства.

5. Цел и задачи на дисертацията

Целта на дисертационния труд е да способства за бъдещи научни, практико-приложни и емпирични изследвания и да предложи мерки за ефективно управление на кризите в публичното здравеопазване и недостига на лекарства чрез маркетингови методи. За изпълнение на поставената цел и валидиране на основната теза са формулирани следните изследователски задачи:

Към подтеза 1:

- 1) Изследване на кризите в публичното здравеопазване в глобални и национални измерения за изясняване на техния генезис, типология и въздействие с оглед планиране на адекватните мерки и инструменти за тяхното преодоляване;
- 2) Установяване на спецификите на националния пазар на лекарствоснабдяване и присъщите му характеристики, свързани с рисковите фактори за генериране на недостиг на лекарства, ролята на органите на публичното здравеопазване и заинтересованите страни в превенцията и управлението на кризите за очертаване на участниците, чийто принос би бил най-значим.

Към подтеза 2:

- 3) Концептуализиране на проблема недостиг на лекарства чрез изя-

сняване на неговото съдържание, причини, глобални измерения и влияние, като се обоснове необходимостта от засилено използване на маркетинговите методи;

- 4) Анализирание на съществуващите причини за недостиг на лекарства от гледна точка на потребителите, фармацевтите и дистрибуторите.

Към подтеза 3:

- 5) Оценка на маркетинговите инструменти при управлението на кризи в публичното здравеопазване и в частност недостига на лекарства;
- 6) Систематизиране и обобщаване на ползите от прилагането маркетингови методи за управление на недостига на лекарства.

6. Изследователски подход, логика на изследването и методи

а) Приложен е **интердисциплинарен подход**, което се предполага от обекта и предмета на дисертационното изследване и от различните аспекти на влияние на политиката (институционални, правни, технологични, социално-икономически, здравно-политически, медицински, фармацевтични и др.).

б) Дисертационният труд е **изграден в три глави**. Първата представя теоретичен литературен обзор и критичен анализ на възгледи по темата за кризите в публичното здравеопазване, техните типове, причини за възникване, въздействия и проблемите, свързани с дефинирането им. Систематизирани и анализирани са основните причини за появата на кризите в публичното здравеопазване и са представени маркетинговите методи като средства за управлението им. Втора глава представя задълбочен глобален анализ на недостига на лекарства, на спецификите и участниците на фармацевтичния пазар в България. Трета глава е посветена на приложението на маркетинговите методи за ефективно управление на недостига на лекарства. Обстойно е разгледано въздействието на стратегическото управление, продуктовата, ценовата, дистрибуционната и комуникационната политика, както и взаимодействието с публичната администрация като източник на публични здравни политики и законодателство. Най-голям дял в тази глава е посветен на маркетинговите изследвания сред търговците на едро с лекарства, магистър-

фармацевтите и крайните потребители - пациентите. Проучването сред потребителите е извършено от автора в периода 9 юни 2018 година – 13 януари 2022 сред 1447 респонденти. Целта и на трите проучвания е да установи причините за недостиг на лекарства в обособените сегменти и да послужи за ефективното приложение към пакета от маркетингови инструменти за справяне с кризата в публичното здравеопазване.

в) За провеждане на изследването са използвани **качествени методи и аналитични инструменти**, сред които: теоретичен анализ и обобщения, сравнителен анализ, контент анализ, деск анализ, анализ на заинтересованите страни. Където е необходимо и приложимо, са използвани количествени методи - анализ на международна и национална браншова статистика, вторичен анализ на данни от проведени изследвания по темата.

7. Ограничителни условия при осъществяване на изследването

а) Свързани с **обекта** на дисертацията:

- Фокусът е към изследване на кризите в публичното здравеопазване, а изследването има за свой обект само една от тях, изводите за което до голяма степен биха били неприложими с оглед етиологията и въздействията на други кризи.
- Разглежда се преимуществено законодателството и спецификите на фармацевтичния сектор в България, голямо внимание е отделено на недостига на лекарства в Европейското икономическо пространство и Съединените американски щати, а гигантски фактори като Азия и концентрацията на производство на този континент са загатнати сред причините и рисковите фактори за възникване на криза, без да са обстойно изследвани.

б) Свързани с **предмета** на дисертацията:

- Липсват обобщени официални национални данни за ефекта от недостига върху сектора, малък брой научни изследвания по темата в реномирани и достъпни на широката общественост източници. Системата за проследяване на наличностите на лекарства в България не е извела качествени изводи за управлението на факторите за недостига и въвеждането на проактивни мерки за справяне с проблема.

- Времевите рамки на авторското проучване обхващат 9.06.2018 до 13.01.2022 г.
- Фокусът на изследване на националния фармацевтичен пазар е върху законодателство, органи на публичната власт в здравния сектор, бизнес субектите и техните обединения, групите и асоциациите на потребителите. Поради липса на официални данни не е разгърнато изследването на взаимодействието между участниците по веригата на доставки с източниците на публични здравни политики и публичната администрация.
- Извършеното маркетингово проучване за причините за недостиг на лекарства обхваща дистрибутори, аптеките и пациенти, но не покрива производителите на лекарства.

в) Свързани с използваните **изследователски методи и решения**:

- Използвани са качествени и количествени инструменти, доказали своята ефективност за анализ и оценка на причините на недостиг на лекарства. Качествените съставляват контент анализ за установяването на сравнимост на политиките в ЕС и САЩ.
- Приоритетен проблем от гледна точка на управлението и справянето със системния недостиг на лекарства е изграждането на ефективни кризисни планове с приложение на маркетингови методи и активна комуникация между публичното здравеопазване, участниците във веригата на лекарствоснабдяване и обществеността. Акцент е приложението на инструментите на маркетинга в синергия като либерално организационно-технологично решение.

8. Използвани материали

Информацията, необходима за изпълнение на поставените цел и задачи, се осигурява от нормативни и официални източници (национални и наднационални), статии и публикации по темата в реномирани издания, данни от проведени изследвания на световно и европейско ниво, международна и национална браншова статистика и резултати от собствено емпирично проучване.

II. СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

СПИСЪК НА ТАБЛИЦИТЕ

СПИСЪК НА ФИГУРИТЕ

ВЪВЕДЕНИЕ

ГЛАВА ПЪРВА: Теоретични основи на кризите в публичното здравеопазване

- 1.1. Същност и типология на кризите в публичното здравеопазване
- 1.2. Въздействие на кризите в публичното здравеопазване
- 1.3. Управление на кризи в публичното здравеопазване
- 1.4. Емпиричен анализ за изследване на една от кризите в публичното здравеопазване – недостигът на лекарства

ГЛАВА ВТОРА: Недостигът на лекарства като предпоставка за криза в публичното здравеопазване

- 2.1. Анализ на недостига на лекарства в България и света
- 2.2. Анализ на фармацевтичния сектор в България
 - 2.2.1. Кратък исторически преглед на фармацевтичната индустрия и пазар у нас
 - 2.2.2. Нормативна уредба на фармацевтичната индустрия и пазар у нас
 - 2.2.3. Производство и внос на лекарства – регулаторна рамка
 - 2.2.4. Органи на публичната администрация, специализирани за контрол и регулация на фармацевтичната индустрия и пазар у нас
 - 2.2.5. Реимбурсна политика и позитивен лекарствен списък
 - 2.2.6. Регулация на цените на лекарствените продукти у нас

- 2.2.7. Преглед на спецификите на лекарствения пазар у нас
- 2.2.8. Обем и ръст на фармацевтичния пазар в България
- 2.2.9. Износ на лекарствени продукти и активни вещества
- 2.2.10. Паралелен внос на лекарствени продукти
- 2.2.11. Особенности на потреблението на лекарствени продукти и ограничения пред него

- 2.3. Анализ на лекарствоснабдяването и участниците на фармацевтичния пазар в България
 - 2.3.1. Производители на лекарства
 - 2.3.2. Търговци на едро с лекарства
 - 2.3.3. Търговци на дребно с лекарства
 - 2.3.4. Топ 10 на фармацевтичните компании в България
 - 2.3.5. Неправителствени организации във фармацевтичния сектор

ГЛАВА ТРЕТА: Маркетингови методи за ефективно въздействие върху кризите в публичното здравеопазване

- 3.1. Приложение на маркетинговите инструменти в здравеопазването за управление на кризи в публичното здравеопазване
- 3.2. Ситуационен анализ
- 3.3. Анализ на причините и извличане на качествени и количествени параметри на недостига на лекарства по цялата верига на доставки
- 3.4. Инструменти на маркетинговия микс

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

III. СИНТЕЗИРАНО ИЗЛОЖЕНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

ГЛАВА ПЪРВА: ТЕОРЕТИЧНИ ОСНОВИ НА КРИЗИТЕ В ПУБЛИЧНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Първа глава има въвеждащ характер и цели да постави кризите в публичното здравеопазване в международен и европейски план на база на обширен и актуален литературен обзор и критичен анализ на различни информационни източници по темата. В нея се обсъждат същността, типологията, причините за възникване и въздействието им. Анализът в тази част дава обобщена картина в две посоки: първата е свързана с идентифицирането, систематизирането и анализирането на ключови параметри на кризите в публичното здравеопазване и тяхното влияние върху пациентите, заинтересованите страни и общностите. Втората изследователска линия търси отговор кои са основните съществуващи подходи за установяването и управлението им.

1. Същност и типология на кризите в публичното здравеопазване

Тази въвеждаща част е фокусирана в три направления, първото от които има за цел да аргументира *значимостта на кризите в публичното здравеопазване за индивидите, общностите, икономиката, системите на здравеопазване*. Второто направление е с фокус върху *характеристиките, причините, въздействията и типологията на кризите*, а третото акцентира върху *съвременните подходи за управлението им*.

1.1. Дефиниция на кризите в публичното здравеопазване

Първото проучване на кризите от управленска перспектива започва с публикация през 1963 г.² за въздействието им върху жизнеспособността на организациите. В последните две години научната общност се фокусира върху безпрецедентната пандемия. Тя е уникален опит в подчертаването на ролята на науката в глобални кризи в публичното здравеопазване. Поуките от пандемията дават широка основа за обсъждане

как публичното здравеопазване с регулациите си и маркетинговите усилия на бизнеса спомагат за установяване и адекватна реакция на кризи. Поради своята уникалност и нехомогенност отсъства консенсус както в последните години, така и половин век назад, по отношение на явление-то „криза“. Този дисертационен труд ще приеме разбирането, че *„кризите имат своя произход в миналото и диагностицирането на техния източник и причина може да спомогне за разбирането и управлението на специфичната криза към алтернативно състояние или положение“*³, поради приложимостта към изследването на генезиса на кризите в публичното здравеопазване, както и по отношение на нагласата за търсене на ефективни методи за превенция и преодоляването им, специфични за територията на маркетинга.

1.2. Същност на кризите в публичното здравеопазване

В публичното здравеопазване терминът „криза“ се използва от десетилетия за широк диапазон от комплексни събития - Ковид, ХИВ/СПИН, тютюнопушене сред децата, затлъстяване. Кризите в сектора могат да са резултат от болести, промишлени процеси или лоша политика, а тежестта им може да се измерва с броя на засегнатите в географския ѝ обхват, заболяемостта или смъртността, причинени от патогенния или непатогенния процес. Ще ги разглеждаме като състояние, при което здравето на значителна част от членовете на общността е или компрометирано, или в непосредствена опасност поради невъзможността на съществуващите механизми на публичното здравеопазване да се справи с възникваща заплахата за здравето на населението.

1.3. Типология на кризите в публичното здравеопазване

Широк е спектърът от подходи за типологизиране на потенциални кризисни ситуации. *Вътрешно-външно и умишлена-непреднамерена* са две от измеренията на типовете криза. Те се групират в *„семејство на кризата“*⁴ (Фиг.1), обединяващо външни информационни атаки, външни икономически атаки, мега щети, прекъсвания, психологически и професионални заболявания. Диференцирани са в две измерения: тежест (по хоризонтала) и причина (по вертикала). Кризите отляво попадат извън

³ Farazmand, A., (2001). Effective crisis and emergency management, Theory and Practice, CRC Press Taylor & Francis Group

⁴ Pauchant, T. & Mitroff I. (1992). Transforming the Crisis-Prone Organization. San Francisco, CA: Jossey-Bass, Inc. Reprinted with permission from John Wiley and Sons, Inc.

² Hermann, C.F. (1963). Some consequences of crisis which limit the viability of organizations. Administrative Science Quarterly, 8, 61-82.

обхвата на нормалното и рационалното човешко поведение, а вдясно са по-лесно разбираеми и овладяеми от институциите. Вертикалната типология разграничава тези, причинени или повлияни от икономически или технически фактори, от кризите, предизвикани от човешки фактор - инсуфициентна или неправилна комуникация, саботаж и др.



Фигура 1: Типология на кризите в публичното здравеопазване

1.4. Етиология на причините за кризите в публичното здравеопазване

През последните години се регистрира значителен ръст на сериозните кризи - екологични бедствия, терористични актове, саботаж от страна на служители, регионални и глобални здравни кризи. Причината често влияе върху размера на подкрепата, която организацията получава. Обществеността реагира по-благоприятно на кризи, причинени от

природно бедствие, отколкото на кризи, предизвикани от човешка намеса или бездействие⁵.

Кризите в публичното здравеопазване могат да възникват поради *едновременното разрушаване на техническите, организационните и човешките системи на една организация, поради несъответствие между организация и среда*, но те не са изолирани явления, а резултат от сложни системни взаимовръзки между множество различни променливи, а една криза може да породви възникването на други кризи. Активирането на множество кризи е по-вероятно, ако първоначалната криза се управлява неадекватно или ако системата, засегната от нея, е във висока зависимост. Скоростта на тази интерактивна каскада се определя от степента на свързаност и зависимост в системата.

2. Въздействие на кризите в публичното здравеопазване

Кризите могат да засегнат и да нанесат значителни загуби за публичното здравеопазване и участниците в него - намалени приходи, загуба на персонал, срив на репутацията, стрес след служителите и в общността. Кризите - обект на ефективно управление, способстват за извличане на поуки и превенция в бъдеще.

Човешки и социални въздействия - Опасността от загуба на човешки живот е един от най-тежките рискове, които крият кризите в публичното здравеопазване. Психическите и емоционалните ефекти могат да предизвикат тежка травма, стрес, депресия, оттегляне от социалното взаимодействие, неспособност за концентрация, страх, тревожност и безсъние, вкл. синдром на изпепеляването сред екипите в публичното здравеопазване.

Управленски и комуникационни въздействия - Своевременната и качествена информация е част от ефективното управление на кризи, а липсата ѝ води до генериране на опасни слухове. В първите няколко часа след настъпването на кризата общественото мнение започва да се формира и при липса на официална информация то прави свои собствени заключения. Организация, която бързо оповестява криза, създава до-

⁵ Dinkin, D., (2007). Organizational crises in local North Carolina public health agencies: a crisis typology and assessment of organizational preparedness., A dissertation submitted to the faculty of the University of North Carolina, Department of Health Policy and Administration in the School of Public Health

верие и излъчва отговорност, внушава усещане за контрол и е критерий за честност и прозрачност⁶.

Технологични въздействия - Публичното здравеопазване става все по-зависимо от високите технологии. Електронно здравеопазване, информационни системи, регистри, облачни решения, иРНК ваксини, биотехнологии, телемедицина, Биг дата и пр. са толкова сложни, че е трудно да се предвидят всички възможни проблеми. Кризите, които биха могли да повлияят на технологичното измерение в сектора, могат да бъдат предизвикани от природни бедствия, волни или неволни човешки действия - от грешка до саботаж.

3. Управление на кризи в публичното здравеопазване

Кризисното управление е разглеждано като комплекс от регулаторни и публични политики за предотвратяване, реагиране и извличане на поуки от кризите. Превенцията е проактивният компонент за намаляване на вероятността от поява на нова или същата криза. Реактивният компонент е свързан с бързото овладяване и възстановяване след нея. Учебният компонент е в непрекъснатото усъвършенстване на процеса на управление на кризи. Разработването на цялостни кризисни планове, които предвиждат и планират най-лошите сценарии, е наложителен процес за своевременно взаимодействие с публичната власт, с медиите и обществеността чрез методите на маркетинга.

Съвременните виждания на изследователите са, че истинският показател за успех се основава на предварително разписани и утвърдени процедури, които предпазват от криза, спомагат за бързото ѝ разпознаване, ограничават я като обсега, посрещат комуникационно и управленски последиците ѝ и максимално бързо извличат поуки от кризата.

3.1. Фази на управлението на кризи в публичното здравеопазване

Фазите могат да бъдат групирани по следния начин:

(а) *преди възникването на кризата* - процес на идентифициране, анализ и реагиране на рисковете. Състои се от оценка на вероятността от възникване на определена криза, очаквания обхват и потенциалното ѝ въздействие.

⁶ Mallozzi, C. (1994). Facing the Danger Zone in Crisis Communications. Risk Management, January, 34-42

(б) *реакция по време на криза* - ограничаване и свеждане до минимум на нейните последици, а след оценка на причините - активни комуникации за оповестяване.

(в) *следкризисно поведение* - изпълняване и оповестяване на резултатите от ангажиментите, поети по време на кризисната фаза и поправяне на нанесените щети.

3.2. Маркетингови инструменти

Необходимостта от систематичен маркетингов подход се аргументира от следните факти и тенденции: а) *случаите на бедствия, аварии и злополуки нарастват през последните години*, и б) *инвестициите в подготовката за справяне с кризи могат да бъдат оправдани от значителните разходи за публичното здравеопазване по отношение на човешки и финансови загуби, фатални случаи и накърнено доверие и репутация*.

Социалният маркетинг е основна функция в предоставянето на услуги за общността, а секторът на здравеопазването има критична значимост на услугата, която предоставя и която се измерва със спасени животи. Организациите, която не успяват бързо и честно да комуникират със своите вътрешни и външни аудитории в криза, може да понесат сериозни щети на репутацията, взаимоотношенията и текущите си дейности⁷. Социалният маркетинг дава възможност на организацията да се възстанови, а интегрираните маркетингови комуникации са важни инструменти за предоставянето на информация на ключови публики, общността или цялата световна популация като в пандемията от Ковид 19.

3.3. Емпиричен анализ на недостига на лекарства

Обстояният преглед на литературата включва публикации, описващи кризи в публичното здравеопазване, обхваща в последните 40 години и кризи, породени от недостиг на лекарствени продукти на международно, регионално и национално ниво. Подборът е извършен по конкретни ключови думи в: MEDLINE, Embase, Web of Science и Google Scholar. Направен е преглед на нормативната уредба, ползвани са официални уебстраници на здравни институции у нас и в чужбина. Извършен е анализ на фармацевтичния пазар, неговите специфики, регулации и участници, използвани са контент анализ, синтез, индукция и др., както и собствено проучване. Проведено в периода юни 2018 – януари 2022,

⁷ Rubel, O., Naik, P. A. and Srinivasan, S. (2011). "Optimal advertising when envisioning a product-harm crisis," Marketing Science, 30(6): 1048-1065

то обхваща 1477 сигнали от пациенти. Събирането на данни, обработката, анализът и изводите са извършени от докторанта чрез своя онлайн платформа. За създаването ѝ докторантът печели първо място в категория „Иновация за пациентите“⁸ в Конкурс за иновации и добри практики в здравната сфера на в. „Капитал“.

⁸ <https://www.credoweb.bg/publication/118239/barptl-s-parva-nagrada-v-kategoriya-patsientski-proekt-v-konkursa-za-inovatsii-v-zdraveopazvaneto>

ГЛАВА ВТОРА: НЕДОСТИГЪТ НА ЛЕКАРСТВА КАТО ПРЕДПОСТАВКА ЗА КРИЗА В ПУБЛИЧНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Основната цел на изследването във **втора глава** е да се верифицира подтезата, че недостигът на лекарства е предпоставка за криза в публичното здравеопазване, която следва да бъде адресирана с маркетингови методи. *Концептуалният анализ* е извършен на база анализ на недостига на лекарства в България и света, спецификите на фармацевтичния пазар у нас, участниците и заинтересованите страни в лекарствоснабдяването у нас, като са изследвани последиците от тази криза в публичното здравеопазване и нейното влияние върху обществото и пациентите и засегнатите участници във веригата на доставки.

1. Анализ на недостига на лекарства в България и света

Недостигът на лекарства се установява в различните държави и се дължи на комплекс от причини. Феноменът поставя на сериозно изпитание системата на публично здравеопазване с висок потенциал за неблагоприятно въздействие върху здравето на хората. Проблемът е глобален и се задълбочи в контекста на пандемия, засягайки развити и развиващи се държави. Недостигът поставя публичното здравеопазване в невъзможност да изпълнява задълженията и отговорностите си към пациенти, специалисти, аптеки и лечебни заведения. Може да се прояви при недостиг на суровини и най-вече активни субстанции и да се репликира по цялата верига от производители към търговци на едро, търговци на дребно и до пациентите. Възможно е и поради производствени, маркетингови или регулаторни причини той да се локализира само на едно ниво от веригата на доставки.

Комплексният многопластов характер на недостига на лекарства резултира в над 25 различни дефиниции на феномена в света. Според Европейската агенция по лекарствата (ЕМА) „недостиг на лекарствени продукти за хуманна употреба се наблюдава, когато на национално ниво снабдяването не отговаря на търсенето“⁹. PGEU Medicine Shortages

⁹ https://www.ema.europa.eu/en/documents/regulatory-procedural-guideline/guidance-detection-notification-shortages-medicinal-products-marketing-authorisation-holders-mahs_en.pdf

Survey 2021¹⁰ отчита, че „недостиг на лекарства“ е всяка една (временна) неспособност за аптека да снабди пациент с търсен продукт поради фактори извън техния контрол. Дефиницията на българското законодателство в чл. 217б (5) от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (ЗЛПХМ) е стеснена до лекарствата в Позитивния лекарствен списък, когато „наличните количества от съответния лекарствен продукт са по-малко от 65 на сто от необходимите количества за задоволяване на здравните потребности на населението за период от един месец, изчислени въз основа на средномесечното потребление на съответния лекарствен продукт за предходните 6 месеца, считано от деня на извършване на анализа“¹¹. За целта на изчислението е създадена Специализирана електронна система за проследяване и анализ на лекарствените продукти, която се администрира и поддържа от Изпълнителната агенция по лекарствата (ИАЛ).

В системите на публичното здравеопазване на държавите, в които обезпечаването с лекарства се анализира в по-дълъг период от време, се установява задълбочаване на недостига на лекарства. САЩ отчитат ръст от 70 на 267 лекарства в периода 2006 - 2011 г. Европейската комisia докладва за увеличен недостиг в периода 2000 - 2018 г. поради проблеми в производството, неочаквани пикове в търсенето при епидемии или бедствия, различията в цените, зависимост от вноса на активни съставки от Индия и Китай.

ЕМА и лекарствените агенции в ЕС създават през 2016 г. HMA/EMA Task Force on the Availability of Authorised Medicines, за да се осигури стратегическа подкрепа на държавите-членки при прекъсвания в доставките чрез намаляване на административни срокове, указания за докладване от производителите, насърчаване на сътрудничеството между заинтересованите страни и комуникацията с пациентите.

В мащабно проучване през 2014 г. 21% от болничните фармацевти докладват, че се сблъскват с недостиг на лекарства всеки ден, а 45% всяка седмица. Европейските фармацевти¹² отчитат, че в 96% от анкетираните държави недостигът причинява стрес, в 81% - прекъсване на лече-

нието, а в 23% - лекарствени грешки и пр.

В ситуация на недостиг публичното здравеопазване изпада в криза, излагайки на риск достъпа на пациентите до цялостна, навременна и качествена медицинска услуга и поставя под въпрос собствените си функции и смисъл¹³. Пандемията конституира недостига като вторична криза, ескалираща до екстремни висоти и тотална липса на продукти от терапевтичната схема за лечение на Ковид 19. Причините са намалялото производство, свръхпотреблението, ограниченията за износ и трупането на запаси. Съпоставено с бариерите по границите на държавите-производители и транзитните страни, той повлия освен на пациентите с Ковид и на хронично или временно ползващите тези лекарства¹⁴.

2. Анализ на фармацевтичния сектор в България

2.1. Нормативна уредба

Лекарственият сектор в България се характеризира със строга регулация, целяща опазване на общественото здраве и наличност на пазара само на качествени, ефикасни и безопасни лекарства. ЗЛПХМ урежда разрешаването на употреба, регистрацията на лекарствените продукти, разрешаването на производството и вноса на лекарства и активни вещества, провеждането на клинични изпитвания, търговията на едро и дребно, паралелния внос, рекламата, проследяването на безопасността, контрола, ценообразуването, проследяването на наличностите, превенцията на недостига им и др.

Поднормативната уредба основно е заложена в Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствата, която пряко влияе на икономическа жизнеспособност на лекарствата на българския пазар.

2.2. Производство и внос на лекарства – регулаторна рамка

Производството на лекарствените продукти се извършва само от субекти, които имат разрешение за производство от ИАЛ. При производство и внос се спазват правилата, принципите и изискванията за Добра

¹⁰ <https://www.pgeu.eu/wp-content/uploads/2022/01/PGEU-Medicine-Shortages-Survey-Results-2021.pdf>

¹¹ Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина, Обн., ДВ, бр. 31 от 13.04.2007 г., в сила от 13.04.2007 г., изм. и доп. ДВ, бр.105 от 11 декември 2020 г.

¹² <https://www.pgeu.eu/wp-content/uploads/2019/03/2020-PGEU-Medicine-Shortages-Survey-Results-v2.pdf>

¹³ Acosta, A., Vanegas, E. P., Rovira, J., Godman, B., Bochenek, T. (2019). Medicine Shortages: Gaps Between Countries and Global Perspectives. *Front. Pharmacol.* 10, 763. doi: 10.3389/fphar.2019.00763

¹⁴ <https://parallel-trade-development.org/bg/news/barptl-medii/Tryabvat-zakonodatelnipromeni,-za-da-nyama-nedostig-na-lekarstva->

производствена практика (ДПП). Притежателят на разрешение за производство е длъжен да осигури система за блокиране и изтегляне от пазара на лекарствени продукти, показали несъответствие с изискванията за качество, ефикасност и безопасност. Той е длъжен да осъвременява производствените методи в съответствие с новите технологии. ИАЛ е органът, който води регистър на издадените разрешения за производство.

Всяка държава-членка на ЕС има свои собствени национални процедури за разрешаване за употреба, които са хармонизирани с европейските изисквания. Когато за лекарствен продукт е издадено първоначално разрешение за употреба, за всяка промяна в количеството на активното вещество, в лекарствената форма, в количеството в опаковка, в пътя на въвеждане или разширяване на обхвата им, се издава ново разрешение, което ще принадлежи към едно глобално разрешение за употреба на лекарствения продукт. ИАЛ съвместно със специализирана комисия оценява качеството, безопасността и ефикасността на лекарството. Когато то съдържа генетично модифицирани организми, Министерството на околната среда и водите дава становище за потенциален риск. При радиофармацевтици се изисква становище от Агенцията за ядрено регулиране.

Министърът на здравеопазването може по причини, свързани със защита здравето на населението, да разпреди на ИАЛ да разреши за употреба лекарство, което не е разрешено у нас, но в друга държава-членка на ЕС е. За тези разрешения ИАЛ информира ЕК. Внос от трета държава могат да извършват само регистрирани като търговци в държава-членка субекти с разрешение за внос от ИАЛ.

2.3. Органи на публичната администрация

Обезпечаването на наличността от лекарства е основна функция на публичната администрация в лицето на министъра на здравеопазването. Регулаторите към МЗ са ИАЛ и Националният съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти (НСЦРЛП).

ИАЛ е специализиран орган към министъра на здравеопазването за надзор върху качеството, безопасността и ефикасността на лекарствата. Правомощията ѝ включват издаването на разрешения за производство и употреба, за търговия на едро и дребно, за паралелен внос; осъществяването на контрол върху производството, вноса, съхранението, търговията, клиничните изпитвания, безопасността и рекламата на лекарствени

ните продукти и др. ИАЛ администрира СЕСПА.

НСЦРЛП е колегиален орган на публичната администрация със статут на държавна комисия. Той утвърждава и регистрира цените на лекарствата, включва продукти в ПЛС, контролира продажбата на лекарствата с утвърдени цени, поддържа регистрите им и др.

2.4. Реимбурсна политика и позитивен лекарствен списък

Българската реимбурсна политика датира от 2004 г. Към 14.01.2022 г. в ПЛС са включени 4580 лекарствени продукта. В регистъра на пределните цени на лекарства с рецепта, които не се реимбурсират от НЗОК, са 1958 лекарства, а в този на максимални продажни цени са 1464 лекарства без рецепта.

НЗОК реимбурсира лекарствени продукти, включени в ПЛС, при следните условия:

- Има договорена отстъпка в полза на НЗОК под формата на възстановяване на разходи, в общ размер не по-малък от 10 на сто от разходите на НЗОК за съответно тримесечие;
- с ПРУ са договорени медицински услуги, свързани с диагностика и проследяването на лечението на заболяване със съответните лекарствени продукти, като видът, стойността и изпълнителите на медицинските услуги се определят от НЗОК, съгласувано с ПРУ;
- има договорена отстъпка от стойността за опаковка, която се разпределя изцяло в полза на съответното здравноосигурено лице.
- има задължителна отстъпка за лекарствен продукт с ново международно непатентно наименование съобразно прогнозния бюджет на НЗОК за съответния договорен период.

Системата за договаряне на отстъпки от НЗОК с ПРУ е въведена за намаляване на разходите за реимбурсиране на лекарства. При ценово рефериране на лекарствата в ПЛС към държави с ниски цени производителите, особено на иновативни лекарства, все по-често заявяват пред медиите, че нямат интерес от навлизане на българския пазар поради ниската цена в страната, която би понижила цената му на по-големи и атрактивни пазари¹⁵.

¹⁵ https://www.capital.bg/specialni_izdaniia/zdrave/2019/05/24/3909127_farmaceutichniia_pazar_zabavi_rusta_si/

2.5. Регулация на цените на лекарствените продукти у нас

Лекарствен продукт може да се продава на територията на страната само след влизането в сила на решението за утвърждаване или регистрирането на цена. Цените на лекарствените продукти от ПЛС и заплащани с публични средства се образуват като сбор от цена на производител, надценка за търговец на едро, надценка за търговец на дребно и ДДС. Цената на производител не може да бъде по-висока от левовата равностойност на най-ниската цена за същия продукт, заплащан от обществените фондове на посочени страни-членки на ЕС. Надценките са в размер на 7%, 6% или 4% за търговец на едро и 20%, 18% или 16% за търговец на дребно, в зависимост от размера на цената на производител, като за лекарствените продукти с ниво на заплащане 100% не се начислява надценка. При тези без лекарско предписание се регистрира максимална продажна цена, посочена от ПРУ.

Ниските цени и малкият обем на пазара на реимбурсни лекарства демотивират производителите, което забавя значително достъпа до иновативни терапии. Липсата на икономически стимули за присъствие на българския пазар на лекарства за ПРУ би могла да доведе до напускане на част от участниците на него¹⁶, както и да демотивира навлизането на нови субекти. По-малкото участници на реимбурсния пазар означава по-малко лекарства, което засяга благосъстоянието на пациентите. Същевременно липсват законодателни стимули за насърчаване на бързи вътреобщностни доставки. Заради регистрирането на най-ниска цена в ЕС на ниво производител годишно около 300 лекарства преустановяват разрешенията си за употреба. 2000 са дерегистрираните лекарства в периода 2014 - 2020.

2.6. Обем и ръст на фармацевтичния пазар в България

Българският фармацевтичен пазар е сред най-малките в ЕС, но е бързо растящ през последните 20 години, с ръст 11% за 2020 г. Общите продажби на лекарства и продукти без рецепта са за 2.286 млрд. евро според IQVIA. Продажбите в аптеките заемат две трети от пазара и са на обща стойност 1.48 млрд. евро през 2020 г. През 2020 г. основният двигател са лекарствата за болниците, които растат с 23% и достигат 479 млн. евро. От разходите на НЗОК, МЗ и болниците заемат 663 млн. евро, а 66% заплащат пациентите. НЗОК покрива 25%, 50%, 75% или 100% лекарства-

та на 1 953 697 пациенти за 2018 г. Всеки един от тях доплаща средно по 150 лева годишно, заради което България е страната с най-висок процент доплащане от пациентите в ЕС.

2.7. Износ на лекарствени продукти и активни вещества

Износът е на обща стойност 2.053 млрд. лв. по данни на Националния статистически институт (НСИ). Износът на химични вещества, сред които са лекарствата, съставлява 11% от експорта ни за 2018 г. Германия е първа по внос на обща стойност над 8 млрд. лв. България е и един от европейските участници в паралелната дистрибуция в ЕИП. Смята се, че общата стойност на този пазар е около 400 млн. лв. годишно.

2.8. Паралелен внос на лекарствени продукти

Към 20 януари 2022 по данни на ИАЛ у нас обект на паралелен внос са 272 лекарства. ЗЛПХМ регламентира режим на ускорен паралелен внос, който според експерти не е оптимален и трябва да бъде надграден с нормативни промени, насочени към спешен внос и автоматичен паралелен внос на лекарства в доказан чрез СЕСПА недостиг.

2.9. Особенности и ограничения на потреблението на лекарства

У нас не са широко застъпени програмите за профилактика и българите заемат първите места в ЕС по заболяемост и смъртност от сърдечни и онкологични заболявания. Местна особеност е силното доверие в народната медицина и фитотерапията. По данни на IQVIA през 2020 г. продажбите на хранителни добавки само в аптеките, без да се отчитат покупките от магазини, дрогерии и интернет, са нараснали с 14% до 326 млн. евро.

3. Анализ на лекарствоснабдяването и участниците във веригата

Българският фармацевтичен пазар се характеризира и с многобройни участници – местни и чуждестранни производители, национални и регионални дистрибутори и значителна за мащабите на страната аптечна мрежа. Лекарствата достигат до пациентите по веригата производител-вносител-търговец на едро-аптека-пациент.

– Търговците на едро снабдяват с лекарства други дистрибутори, аптеки и болници и нямат право да продават лекарства директно

¹⁶ <https://bnr.bg/post/101511033>

на пациенти.

- Болниците се снабдяват с лекарства чрез обществени поръчки. По данни на МЗ натрупаните задължения към доставчици на 65 болници публична държавна собственост към юли 2021 г. са около 600 млн. лв. Броят на болниците е 319, от които 114 са частни.
- Аптечният пазар се консолидира по хоризонтал. Аптечните вериги условно могат да се разделят на “къси” и “дълги”. У нас има 17 вериги, четири вертикално интегрирани с търговец на едро и само ед-на - по цялата вертикала с търговец на едро и с производител.

3.1. Производители на лекарства

В регистъра на производителите и вносителите на лекарства на ИАЛ фигурират 52 компании. Пълният процес се обхваща от израелския концерн „Тева“ и българската група “Софарма”. Множество производители изпълняват само определен етап от производството. Над 200 компании не попадат в регистъра, защото се представляват от дистрибутор, клон са на чуждестранно юр. лице, като търговско представителство и др.

3.2. Търговци на едро с лекарства

Регистрираните към 14 януари 2022 г. в ИАЛ търговци на едро са 318. Те могат да осъществяват износ и внос в ЕС, като за това не се нуждаят от допълнителни лицензи и регистрации. Регистрираните паралелни вносители са 3. 88% от доставките се извършват от 4 дистрибутора – Софарма Трейдинг, Фьоникс, Стинг и Фармнет. Софарма Трейдинг е с дял 35%. Втори е Фьоникс с 864.4 млн. лв, трети са Стинг с 677 млн. лв., а четвърти Фармнет с 631 млн. лв за 2020 година.

3.3. Търговци на дребно с лекарства

Броят на действащите аптеки е 3100, като 2200 от работят с НЗОК, а останалите - само на свободния пазар. Средно на 2000 души население се пада една аптека, а средните годишни обороти на обект са около 470 хил. евро за 2020 г. Единичните аптеки са 45%, а 20% са част от верига с над 50 обекта, веригите с от две до четири аптеки са 17%. Продажбите в стойност на веригите с над 50 обекта съставляват 43% от общите продажби на аптечния пазар. Националните вериги аптеки са аптеки Марешки, собственост на Фармнет с 300 обекта и Sopharmacy, собственост на Софарма Трейдинг с 260 аптеки. У нас са регистрирани 85 онлайн аптеки.

3.4. Топ 10 на фармацевтичните компании в България

Десетте най-големи фармацевтични корпорации заемат 40% от продажбите на лекарства за 2020 г. Най-висок ръст в продажбите има в онкологията заради иновативните продукти, въведени в реимбурсация. Три от първите 10 най-продавани лекарства са с антиревматоидни показания. COVID-19 доведе до засилено търсене на новите антикоагуланти, като най-продаваният от тях е отбелязал ръст от 30% в сравнение с 2019 г.

Топ-10 фармацевтични корпорации 2020	Топ-10 фармацевтични корпорации 2019
1. Novartis	Novartis
2. Roche	Roche
3. Teva	Actavis/Teva
4. Merck Sharp & Dohme	Pfizer
5. AbbVie	GlaxoSmithKline
6. Pfizer	Merck Sharp & Dohme
7. GlaxoSmithKline	AbbVie
8. Sopharma	Sanofi
9. Sanofi	Sopharma
10. Bayer	Bayer

Таблица 1: Сравнение на Топ 10 фармацевтични корпорации за 2020 и 2019 г. Източник: IQVIA, 2021

3.5. Неправителствени организации във фармацевтичния сектор

Неправителствените организации включват професионалните и гражданските обединения на разнообразни участници в лекарствоснабдяването, групирани както следва:

- *Съсловни организации* - Във фармацевтичната индустрия у нас са заети 17 хил. служители. Българският фармацевтичен съюз е съсловната организация на магистър-фармацевтите, в която членството е условие за практикуване на професията. Към 14.01.2022 г. в нея членуват 6600 магистър-фармацевти.

- *Сдружения на производители и вносители* - Фармацевтичните компании в България са обединени в Асоциацията на научно-изследователските фармацевтични производители в България (ARPharM) и БГФарма - Българската генерична фармацевтична асоциация. Членове на ARPharM са 24 международни производители от Европа, САЩ и Япония. БГФарма обединява 14 български и европейски генерични компании.
- *Сдружения на търговци на едро с лекарства* - Търговците на едро Софарма Трейдинг и Фьоникс са обединени в сдружение Българска асоциация на търговците на едро с лекарства (БАТЕЛ). Българската асоциация за развитие на паралелна търговия с лекарства (БАРПТЛ) обединява търговци на едро - паралелни дистрибутори на лекарства.
- *Сдружения на пациенти* - В България са регистрирани повече от 100 пациентски организации, три от които са признати като национално представени от МЗ и НЗОК. Те са Националната пациентска организация, Българската асоциация за закрила на пациентите и Сдружение за развитие на българското здравеопазване. На ротационен принцип техни представители участват в надзорния съвет на здравната каса, в комисии и съвети към МЗ и други органи на публичното здравеопазване.

ГЛАВА ТРЕТА: МАРКЕТИНГОВИ МЕТОДИ ЗА ЕФЕКТИВНО ВЪЗДЕЙСТВИЕ ВЪРХУ КРИЗИТЕ В ПУБЛИЧНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

В **трета глава** на проверка е подложена втората част от основната теза, че *маркетинговите методи са подходящи, надеждни и съвременен подход за превенция и преодоляване на недостига на лекарства като криза за публичното здравеопазване.*

Изследването как този подход може да бъде приложен е организирано в две направления. Целта на първото е *установяване на влиянието на недостига на лекарства чрез три проучвания на причините и ефектите от феномена върху участниците във веригата на лекарствоснабдяване* – авторско проучване на потребителските аспекти с 1477 сигнали за недостиг от пациенти, проучване сред магистър-фармацевтите в Европейския съюз и регулаторен преглед на националните агенции по лекарствата в Европа за импликациите спрямо търговците на едро с лекарства. Другото направление е фокусирано върху проучването и анализа на различните маркетингови инструменти и как те могат да се използват за установяване и управление на недостига на лекарствени продукти с оглед развитие на здравни политики от органите на публичното здравеопазване. На база на проведеното изследване са идентифицирани и систематизирани основните направления, в които маркетингът може да послужи като инструментариум за преодоляване или смекчаване на последиците на съществена здравна криза.

1. Приложение на маркетинговите инструменти в здравеопазването

Социалният маркетинг, към който спада и здравният маркетинг, цели да постигне ползи за обществото като цяло. Маркетингови методи в сектора на здравеопазването имат своя първи пример в кампаниите за контрол на тютюнопушенето през 70-те години на 20 век¹⁷. Маркетингът се основава на редица научни дисциплини, чиято цел е разработване, планиране и изпълнение на дейности, но преди всичко психология (нагласи, ценности); комуникация, икономика и социология. Здравният маркетинг разширява обхвата на дисциплината с концепции за благосъстоянието на общността, социална политика, екология, медицина,

¹⁷ Donovan, R.J. & Henley, N. (2010). Social Marketing: An International Perspective, Cambridge University Press, Cambridge

фармация и др¹⁸. Приложението на маркетингов подход в публичното здравеопазване се основава на качествено изследване, прецизно планиране, таргетирани нагласи и установени поведенчески модели на промяна. Когато всички елементи на маркетинговия микс са интегрирани и когато социокултурната, законодателната и структурната среда улесняват или поне не го възпрепятстват - целевата аудитория може да отговаря на посланието. Планираният маркетингов подход в публичното здравеопазване стимулира обществеността да реагира, да преодолява бариерите и да подбере адекватни средства за обратна връзка. Маркетингът в здравеопазването може да се разглежда като наука за повишаване на ефективността в институционален контекст, на програмите за промоция на здравето чрез предоставяне на принципи и инструменти, които достигат и въздействат на целевите аудитории.

2. Ситуационен анализ

Стратегическият микс от маркетингови методи е ключов за ефективно поведение преди, по време и след криза. Оценката на рисковите фактори е метод на ситуационния анализ. Според ЕМА в ЕС основните причини за недостиг на лекарствата се коренят в проблеми с производството и deregистриране по икономически причини. В страните с по-ниски цени на лекарствата и малките пазари преустановените доставки и изтеглянето са основни причини за недостиг: Австрия - 25%, Хърватия - 48%, Унгария - 63%, Италия - 37% и Румъния - 68%. За България подобни данни няма, но рисковите фактори могат да бъдат изведени от спецификите на пазара - намаляване на покупателната способност на пациентите, изкривявания в лекарствената употреба, презапасяване и deregистрация на продукти поради тежка ценова регулация. В САЩ Администрацията по храните и лекарствата (FDA) идентифицира три основни причини за недостиг на лекарства през 2019 г.¹⁹: липса на стимули за производство на по-малко печеливши лекарства, липса на насърчаване на инвестиции за управление на качеството в производството и логистични предизвикателства за възстановяването на пазара след прекъсване на доставките.

3. Анализ на причините и извличане на качествени и количествени параметри на недостига на лекарства по цялата верига на доставки

Събирането на информация чрез маркетингови проучвания от потребителите и заинтересованите страни е основна задача на всяка организация, а изследванията са практическият инструмент за управление, който трябва да се използва като изходна точка за вземане на решения за специфични управленски проблеми особено в сектори с висока публична, обществена и индивидуална значимост, какъвто е здравеопазването.

3.1. Проучване на недостига от гледна точка на пациентите

За да се оцени контекстът в България, се провежда авторско проучване от юни 2018 и към момента, като докторантът изгражда и администрира първата у нас онлайн платформа за сигнализиране на недостиг на лекарства. Тя е насочена към пациентите и цели да проучи потребителския аспект на явлението, да групира и анализира индивидуалните сигнали в търсене на адекватни маркетингови подходи за справяне с недостига на лекарства от индивидуално до общо потребителско ниво.

Получени, обработени и анализирани са 1477 сигнала за периода 9 юни 2018 – 13 януари 2022 от 39 населени места от цялата страна. 49% от тях са от столицата, което се обяснява с високия процент население в София и изградените потребителски навици в търсенето на електронни решения на проблеми и въпроси от различен характер. От 1477 близо две трети касаят различни лекарствени продукти, а всеки трети от сигналите дублира вече сигнализираните лекарствени продукти.

Брой сигнали	1477	100%
Брой продукти	972	65,81%
Повтарящи се в различни сигнали продукти	505	34,19%

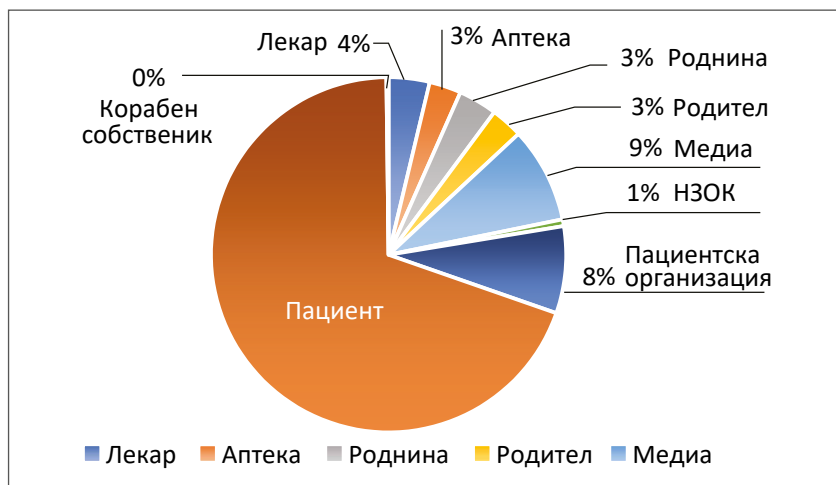
Таблица 2: Брой сигнали и повтарящи се лекарствени продукти

Най-много сигнали подават пациентите сами, без да се обръщат за съдействие към други хора или организации. Останалите са подпомогнати от лекуващия си лекар, фармацевт, пациентска организация, представители на медиите, след като пациентите са се обърнали към журналисти за помощ или в търсене на публичност на проблема си и

¹⁸ Cheng, H., Kotler, P. & Lee, N.R. (2010), Social Marketing in Public Health: Global Trends and Success Stories, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, MA

¹⁹ <https://www.fda.gov/media/131130/download>

Националната здравноосигурителна каса. В малко случаи сигналът е от близки роднини на пациента поради напреднала възраст или от родител, който търси лекарство за детето си.



Фигура 2: Разпределение на сигналите според подателите им

Разпределението на сигналите според вида на сигнализирания продукт на показват, че платформата е правилно комуникирана и над 92% от сигналите са за липсващи лекарства.

Вид продукт	Брой	%
Лекарствен продукт	1365	92,42%
Хранителна добавка	82	5,55%
Медицинско изделие	27	1,83%
Друго - Козметика, Хомеопатия	3	0,20%
Общо	1477	100%

Таблица 3: Разпределение на сигналите в според вида на фармацевтичния продукт

Обобщените данни от платформата по статус на пазара – наличен или в недостиг, поради временно или трайно преустановяване на внос и продажби в България, показват, че сигнализираните лекарства може да липсват поради следните причини:

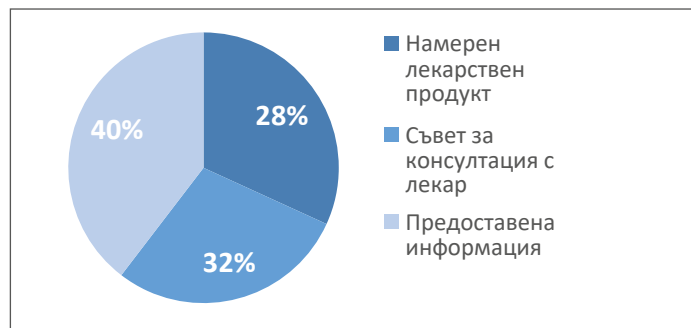
Статус на наличност на пазара или причина за недостиг	Брой	%
Наличен в аптечната мрежа	408	27,62%
Болничен продукт	23	1,56%
Трайно преустановен внос или продажби	394	26,68%
Временно преустановен внос	298	20,18%
Дерегистрирани и спрени от внос продукти	313	21,19%
Няма регистрация в България	41	2,78%
Общо	1477	100%

Таблица 4: Разпределение на сигналите според статуса на наличност на пазара и причина за недостиг на сигнализирания фармацевтичен продукт

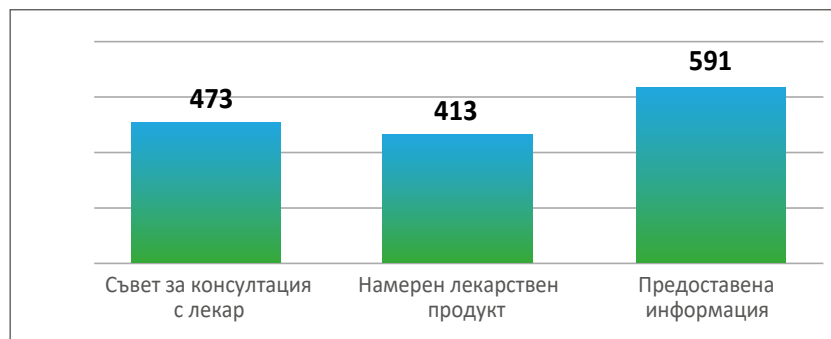
Според статуса на патентна защита на лекарствените продукти, които са сигнализирани, 38% се намират под патентна защита и нямат конкурентни продукти на пазара със същата активна съставка. Малко над половината от сигналите са за генерични лекарства.

Към 13 януари 2022 въз основа на събрани и обработени 1477 сигнала от пациенти, лекари и фармацевти могат да бъдат направени следните общи констатации:

- 70% от сигналите за недостиг биха се решили чрез внос – лекарства с временно преустановен внос, лекарства обект на свръхпотребление, дерегистрирани и неразрешени продукти, които се изписват в България.
- 29% от сигналите са за лекарствените продукти, които имат регистрация в България, като 90% тях са налични в аптечната мрежа.
- 46% от сигналите идват от София, над 80% са от големите градове.
- 28% от подателите са насочени към аптека за получаване на лекарството си, 72% получават информация и препоръка за консултация с лекар и адаптирана терапия.



Фигура 4: Разпределение според решението за пациента за сигнализирания лекарствен продукт



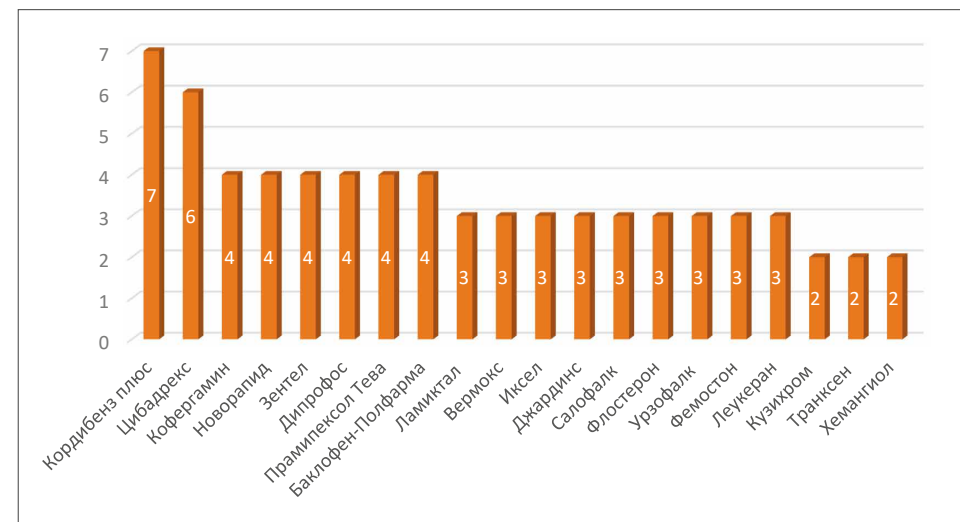
Фигура 5: Разпределение според решението за пациента по отношение на сигнализирания продукт

Преимуществено сигнализираните лекарства не са обект на износ – 1199 от всички случаи се отпускат и търгуват само на вътрешен пазар, а 136 от лекарствата са обект на износ към други държави-членки на ЕС. 112 сигнала са неприложими към критерия.

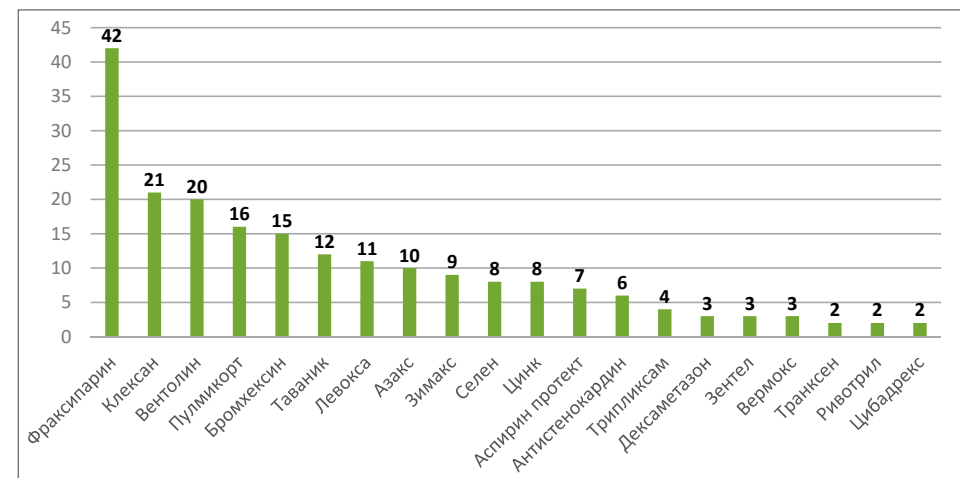
Статус	Брой	%
Не е обект на износ	1199	82,86%
Обект на износ	136	9,40%
Неприложимо	112	7,74%
Общо продукти	1447	100%

Таблица 5: Разпределение на сигналите според статуса им на международния пазар

Преди пандемията са сигнализирани лекарства, които са основно deregистрирани или в процес на deregистрация, преобладават генерични продукти и такива с ниски цени. През пандемията преобладаващо се сигнализируют лекарства със свръхпотребление, свързани с актуалните в различните периоди протоколи за болнично или домашно лечение.



Фигура 6: Топ 20 на сигнализирани фармацевтични продукти



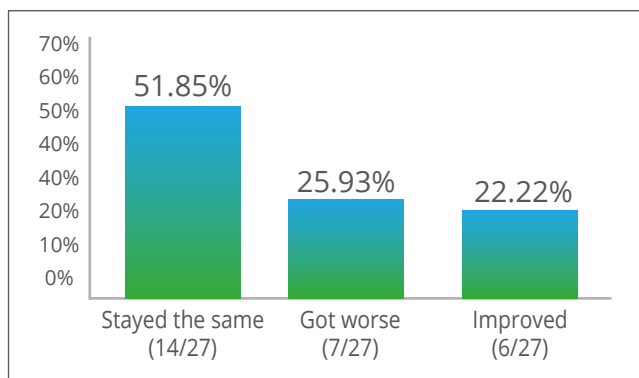
Фигура 7: Топ 20 на сигнализирани фармацевтични продукти

Междинните резултати от нашето национално онлайн проучване показаха, че в 70% от случаите решението на недостига е във вноса и бързите вътреобщностни доставки. Сигналите от пациентите касаят deregистрирани лекарства, продукти с трайно или временно преустановен внос, както и свръхпотребление в рамките на пандемията.

3.2. Проучване на недостига от гледна точка на магистър-фармацевтите

Фармацевтичната група на Европейския съюз (PGEU) представлява фармацевтите в ЕС. Основните изводи на **проучването на недостига на PGEU сред 27 държави за 2021 са:**

- Продължава високата честота на недостиг на лекарства в повечето европейски страни, но за първи път от години ситуацията не се е влошила спрямо 2020 г.
- Недостигът се отразява неблагоприятно на пациентите и аптеките в цяла Европа.
- Потвърждава се празнина в необходимите за фармацевтите информация, регулация и инструменти за предоставяне на решения на пациентите в случай на недостиг.



Фигура 8: Статус на недостига на лекарства според магистър-фармацевтите в ЕС

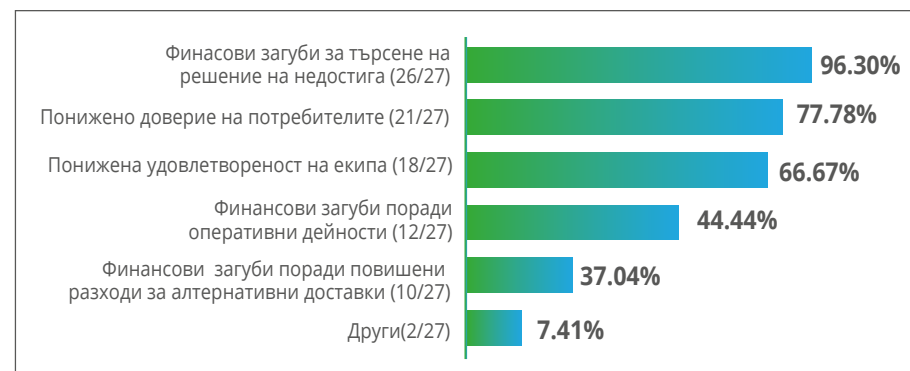
Най-осезаем е проблемът с лекарства за сърдечно-съдова система – отчита се недостиг в 85% от страните, следват продукти в неврологията – 78%, за респираторни болести – 74%, антибиотици – 70%, за мускул-

но-скелетната система – 70%. Най-слабо са засегнати ваксините – 44%. Според магистър-фармацевтите недостигът на лекарства се отразява негативно на пациентите, води до стрес и дискомфорт, прекъсване на лечението.



Фигура 9: Неблагоприятен ефект за пациентите поради недостиг на лекарства

Магистър-фармацевтите отчитат още, че недостигът води до загуба на време в търсене на решение, намалява доверието и снижава удовлетворението от работа им.



Фигура 10: Неблагоприятен ефект за фармацевтите поради недостиг на лекарства

Решение на проблема с недостига на лекарства PGEU намира в генеричната замяна, в паралелния внос, приготвяне на лекарството в аптеката, в терапевтична субституция, а според 17 на сто от респондентите отговорът на недостига се крие в терапевтичната замяна. Съгласно приложимото право у нас, както генеричната замяна, така и последните две опции не са разрешени по закон. Решението във внос от друга държава се доближава до извода от потребителското проучване, проведено от докторанта и цитирано в предходния раздел.

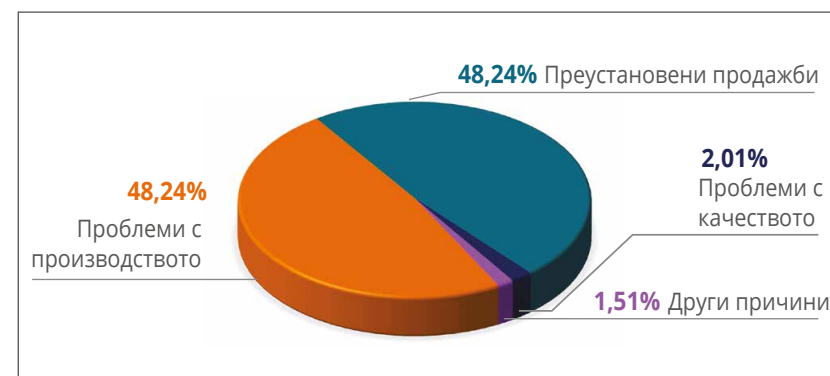


Фигура 11: Възможни решения при недостиг на лекарства

3.3. Проучване на недостига от гледна точка на търговците на едро с лекарства

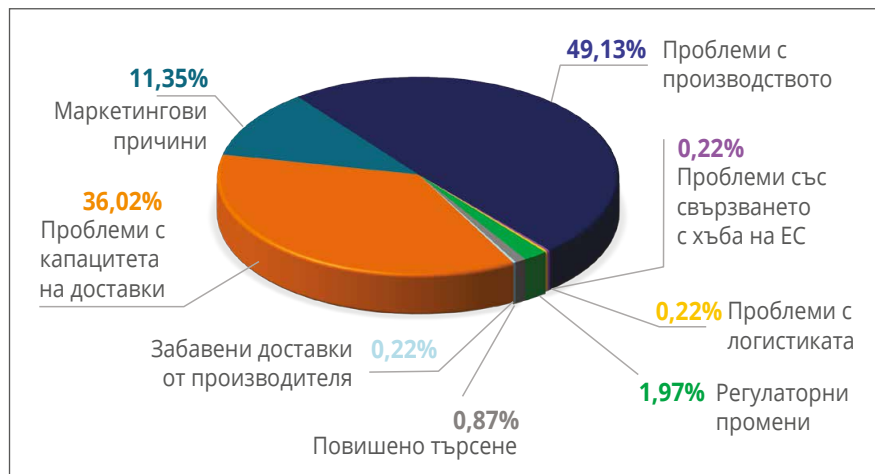
Проучването е проведено от Европейската организация на търговците на едро с лекарства (GIRP), която обединява търговците на едро с лекарства и дистрибуторите на здравни продукти и услуги в Европа с помощта на националните регулатори и агенции за изследвания на пазара в 12 държави-членки на ЕС, които не включват България. Респондентите са търговци на едро от Австрия, Белгия, Хърватия, Чешка република, Франция, Германия, Унгария, Ирландия, Италия, Норвегия, Румъния и Испания. Във всяка една държава е проведено проучване сред търговците на едро с един основен въпрос – На какво се дължи недостигът на лекарства във Вашата държава за текущата година?

Според проучването на търговците на едро в Австрия, които се опират на данни на BASG - Федерална служба за безопасност в здравеопазването, недостигът на лекарства основно се дължи на производствени фактори, изтегляне на партии, преустановени доставки от производителите и на проблеми с качеството. В Белгия 65% от недостига са поради прекъсване на логистичния цикъл и липса на доставки на нови партии от производителите, 24% се дължат на производствени проблеми, което отново показва превес на проблемите при производителите. Интересни са данните от Агенцията за лекарствени продукти и медицински изделия на Хърватия - HALMED, както и тези от Чехия, защото биха могли да бъдат тълкувани и за България поради малкия пазар в държавата, сходните икономически тенденции и регулации. Тук недостиг на лекарства се установява най-често поради преустановяване на продажбите и изтегляне от пазара. Малко по-ниска тежест имат производствените и проблемите с качеството.



Фигура 12: Причини за недостиг на лекарства в Хърватия за 2019 г.

Държавният институт за контрол върху лекарствата в Чешката република - SUKL, отчита за 2019, че половината от недостига в страната се дължи на производствени проблеми, следвани от прекъснати доставки от производителите. Всеки десети казус се дължи на маркетингови причини или неподходящи условия за ПРУ на чешкия пазар.



Фигура 13: Причини за недостиг на лекарства в Чешката република за 2019 г.

Националната агенция на Франция ASNМ отчита проблеми с производството, всеки пети касае доставките на суровини или проблеми с качеството на продукцията. Както във Франция, където водещите причини са изцяло в домейна на производство, в Германия над две трети от недостига се дължи на производствени фактори а 6 % - на повишено търсене.



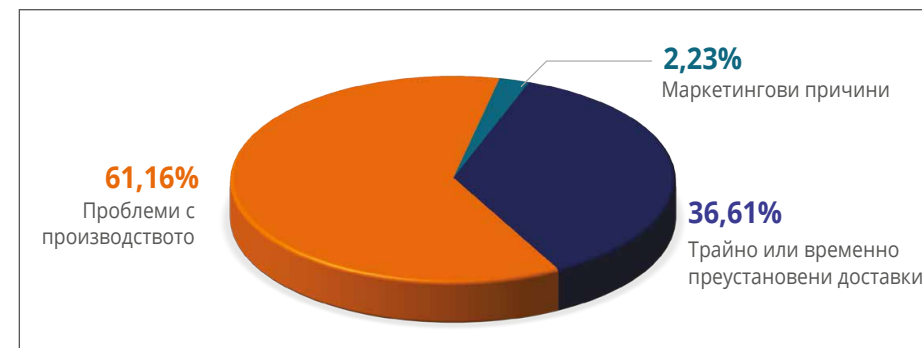
Фигура 14: Причини за недостиг на лекарства в Германия за 2019 г.

Търговците на едро в Унгария с помощта на данни от Унгарската изпълнителна агенция по лекарствата OGYEI отчитат, че 63% от недостига

се дължат на пазарни ограничения, 26% - на проблеми с производството, а 3% - на проблеми с логистиката.

Данните на Регулаторния орган за продукти в здравеопазването на Ирландия HPRA очертават 43% от недостига да се дължат на лошо качество на съставките за производство на лекарства, 28% се открояват като причинени от забавен цикъл в производството, а 15% на повишено търсене на лекарствени продукти, които производството не може да обезпечи.

AIFA – Италианската агенция по лекарствата очертава само три причини за недостиг на лекарства в страната - доминация на проблеми с производството, следвани от маркетингови причини и малък дял на трайно или временно преустановени доставки.



Фигура 15: Причини за недостиг на лекарства в Италия за 2019 г.

В Норвегия Изпълнителната агенция по лекарствата Statens Legemiddelverk откроява 6 причини за недостиг, първите три са респективно: 67,71% - проблеми в производствения процес, 15,22% - повишено търсене и 8,07% - проблеми с доставките на суровини.

Данните на ANMDM – Националният орган на Румъния за лекарства и медицински изделия установява като причини за недостиг на лекарствата: проблеми с производството – 68,66%, маркетингови причини – 29,97%, трайни изтегляния – 0,82%.

Данните на Испанската агенция за лекарства и здравни продукти AEMPS очертават 6 причини за недостиг. Проблемите с производството съставляват 50%, следвани от повишено търсене и проблемни доставки на суровини.

4. Стратегическо планиране

Международната асоциация на фармацевтите (FIP) е една от първите организации, които алармират за глобалния проблем недостиг на лекарства още през 2011 г. и стават пионери в залагането на стратегическата рамка за управление на феномена, призовавайки за ефективни маркетингови интервенции в продуктовата и дистрибуционната политика за подобряване на управлението на веригата за доставки, както и в ценовата политика за търсене на механизми за поддържане на справедлива цена на лекарствата - приемлива за доставчика и достъпна за купувача. Година по-късно FIP надгражда препоръките за маркетингов подход със становища за промени в публичните политики и регулациите, за да се постигне цялостно стратегическо управление на недостига на лекарства. Те включват: разработване на основана на доказателства стратегия в ЕС, уеднаквяване на регулациите, поддържане на публично налична информация, изследване на потенциала за създаване на национални органи, които да анализират информация за търсенето, предлагането и потреблението на лекарства и др. В резултат ЕК издава препоръка да се координират усилията на държавите-членки на ЕС за преодоляването на недостига на европейско ниво.

Работна група на HMA/EMA е органът за подкрепа и консултации на държавите-членки в случаи на прекъсвания в регулярните доставки на лекарствени продукти. Ключовите приоритети на тази работна група са фокусирани върху регулаторните подходи в публичното здравеопазване, сред които насърчаване на споделянето на добри практики и информация за прилаганите стратегии от субектите в бизнес аспект, засилване на сътрудничеството между заинтересованите страни и комуникацията с пациентите.

Европейският парламент извежда маркетинговия подход в геополитически измерения извън ЕС, които влияят върху недостига на лекарства и приоритизира възстановяването на местното производство и подобряването на координацията в рамките на съюза за обезпечаване на наличността на лекарства.

5. Инструменти на маркетинговия микс

5.1. Продуктова политика

Недостигът на лекарствени продукти се дължи на фактори от сферата на продуктовата политика на фармацевтичните компании, като основните касаят нарушаване на производствения цикъл поради проблеми с качеството на суровините или на недостиг на изходни активни вещества. Установява се и незадоволително качество на процесите и неподходящи условия в производствени мощности. Тези фактори водят до нарушения на сложния цикъл за производство на лекарства, включващи доставчици и подизпълнители. Отклоненията от Добрата производствена практика могат да предизвикат блокиране и изтегляне на партии от лекарствоснабдителната мрежа.

Преди пандемията здравните власти в САЩ препоръчват да се приоритизират системите за качество в производството с фокус оборудване и съоръжения за асептика. Администрацията по храните и лекарствата препоръчва изграждане на рейтингова система за стимулиране на производителите, които инвестират в зрялост на системите за управление на качеството.

Свърхконцентрацията на производство на активните фармацевтични съставки в Индия и Китай тревожи публичните органи в Европа. ЕС призовава за засилване на местното фармацевтично производство и налагане на минимални стандарти за качество. Здравните власти препоръчват финансови стимули за преместване на производството в Европа и наблюдение на преките чуждестранни инвестиции.

Инвестициите в продуктовата политика целят укрепване на надеждността на доставките на лекарствени продукти, а органите на публичната власт следва да признават и насърчават действията, които подкрепят подобренията в надеждността на доставките.

5.2. Ценова политика

Ценовата политика във фармацевтичния сектор е функция и задача на органите на публичната власт. Форма на директен ценови контрол е референтното ценообразуване, при което се определя пределна цена за даден лекарствен продукт чрез сравнение с цените на други лекарствени продукти. При външно референтно ценообразуване в рамките на държавите-членки на ЕС цената на лекарството се сравнява с цените на

същия продукт в други държави членки на съюза или Европейското икономическо пространство. При вътрешно референтно ценообразуване се сравняват цени на лекарствени продукти в рамките на една система, като са възможни два вида подобно рефериране: към лекарствени продукти с едно и също активно вещество и към лекарствени продукти с фармакологично или терапевтично сравними активни вещества.

Поради постоянното намаляване на цените на лекарствата чрез вътрешно и външно референтно ценообразуване много компании спират да предлагат лекарствата си на малки пазари като българския, тъй като ниската цена у нас ще намали цената им и на други пазари в ЕС. Авторското проучване потвърждава този процес в потребителски аспект - 21% от всички анализирани сигнали от платформата са за deregистрирани лекарствени продукти, изтеглени от употреба, за да не влияят с ниската си цена върху други европейски държави. Изводът е разтворен и в проучването сред търговците на едро - в Хърватия изтеглянето от пазара поради ниска цена предизвиква 48%, а в Унгария на 63% от случаите на недостиг.

Политиките за ценообразуване на фармацевтичните продукти, които са насочени единствено към ограничаване на фармацевтичните разходи, не позволяват корекции, които да отразяват промените в цената на производството, на транспорта или изискванията на регулацията и имат отрицателен ефект върху надеждността на доставките. Тръжните практики въз основа на ценови критерии причиняват сериозна ерозия на цените, намаляват броя на доставчиците на пазара, изискват кратки срокове за изпълнение и сериозно увеличават риска от недостиг на лекарствени продукти.

Заинтересованите страни в лекарствоснабдяването в ЕС пледират за маркетингов подход за ограничаване на негативните последици от рестриктивната ценова регулация чрез: предвидима и устойчива среда за ценообразуване и реимбурсация, използване на краткосрочни мерки за ограничаване на разходите, въвеждане и утвърждаване на тръжни рамки, насочени към дългосрочната устойчивост както на здравните системи, така и на всички заинтересовани страни.

5.3. Дистрибуционна политика

Веригите за доставки на лекарства включват различни участници с общ интерес, за да се гарантира достъпът до лекарства до всеки пациент. Основните проблеми, свързани с дистрибуцията на лекарства, включват квотите за доставки - несъответствието между отпуснатия от производителя обем и пазара му в конкретна държава и логистичната неефективност - достатъчно налични, но не ефективно разпределени запаси.

Пазарно решение на дистрибуционните рискове е насърчаването на паралелната дистрибуция. Чрез нея се регламентира конкуренцията на един продукт със себе си, като се осигуряват допълнителни доставки от пазари с излишък към пазарите с недостиг на същата или по-ниска цена. В ЕС органите на публичното здравеопазване, регулаторите и заинтересованите страни насърчават паралелния внос на лекарства и промотират неговите позитивни ефекти върху достъпа до лекарства, превенцията на недостиг при временни прекъсвания на доставките, върху конкуренцията и намаляването на разходите.

Европейската асоциация на паралелните търговци с лекарства е Affordable Medicines Europe. Тя отчита, че паралелният внос на лекарства от пазари, в които засегнатият лекарствен продукт е в излишък, е най-ефикасният инструментариум за краткосрочно справяне с недостига. Ползите се изразяват и във вторичен силен ефект на снижаване на разходите и генериране на директни спестявания за публичните системи на здравеопазване. Във Великобритания, Германия, Швеция, Холандия и Дания така са спестени 635 млн. евро. Потенциалните рискове от ограничаване на паралелната дистрибуция обхващат нарушаване на дистрибуционната верига, на системата за доставки и до повишение на цените не само на лекарствата под патентна защита, но и на генеричните. В България браншът настоява за спешни либерални политики и регулаторни промени за автоматизиране на вътреобщностните доставки за лекарства в недостиг, извънреден внос от дистрибутори, намаляване на административната тежест и др.

5.4. Интегрирани маркетингови комуникации

Колко ефективна е комуникацията с обществеността и заинтересованите страни, е въпрос, който органите на публичното здравеопазване анализират през 2018 г. и установяват, че 87% от регулаторните органи

в ЕС публикуват информация за недостиг на своя уебсайт, но 13% не го правят. Само няколко държави-членки имат критерии, разграничаващи продължителността на недостига и критичността на лекарството. В САЩ Асоциацията на фармацевтите и Администрацията по храните и лекарствата публикуват уеб списък на лекарства в недостиг с кратка информация за тях, причината за недостига, подходящи алтернативи и очакваната дата на разрешаване на кризата.

Множество елементи от арсенала на интегрираните маркетингови комуникации могат да бъдат ползвани за превенция и управление на кризи в публичното здравеопазване. НМА публикуват регулаторен доклад с препоръки, които плътно следват принципите и инструментариума на връзките с обществеността: ползване на прессъобщения и пресконференции, пълно информационно покритие на официалната уеб страница и др. Оповестяването трябва да се извърши, след като информацията за недостиг е потвърдена от ПРУ. Ранната комуникация с обществеността се насърчава като критично важна, за да се даде възможност за адекватно планиране и да се осигури непрекъснатост на лечението на пациентите. Комуникацията от националните органи трябва да е насочена целево към пациенти и здравни специалисти, а останалите участници във веригата особено ПРУ и ТЕ трябва да бъдат адресирани. Езикът трябва да бъде експертен, но разбираем, със спокоен тон. Масовизирането на комуникацията се постига чрез каналите на заинтересованите страни, научните дружества, медиите (преса, телевизия, онлайн, радио) и потенциално чрез електронните системи в здравеопазването.

5.5. Регулаторна дейност

Регулаторната дейност във фармацевтичния сектор се разглежда като елемент от комуникационния микс, продуктовата политика, ценовата политика и стратегическото управление. Тя е каналът за комуникация с публичната власт и за участие в общественото обсъждане на законодателството и решенията на органите в публичното здравеопазване.

Регулаторната дейност е ключова както за преодоляване, така и за смекчаване на ефекта от недостига на лекарства. Гъвкавият регулаторен подход би могъл да включва адаптирани стратегии по отношение на Брекзит и статута в ЕС на компаниите от Великобритания, стимули за въвеждане на системите за верификация на лекарствата, извънредни вътреобщностни доставки, процедури за „повторна употреба“, стимули

за производство и търговия на едро и дребно с фармацевтични продукти на ниска цена и др.

България е една от трите държави в ЕС, в които законът не позволява генерична замяна, която се разглежда като инструмент за повишаване на достъпа до фармакотерапевтично лечение чрез намаляването на разходите за държавата и пациентите, както и като решение при недостиг на конкретен продукт с наличен генеричен заместител. Регламентирането на спешен внос, внос на deregистрирани продукти и насърчаването на бързия паралелен внос също са елемент от регулаторната дейност.

Проведеното дисертационно изследване позволява да се направят следните обобщения:

1. *Кризите в публичното здравеопазване трябва да бъдат обект на незабавно и стратегическо управление с фокус върху въздействията и потърпевшите от тях.* Те са актуален проблем за публичната власт и са обект на изследване от научните и академичните среди и в контекста на пандемията от Ковид 19. Необходимостта от систематичен маркетингов подход за управление на кризи в публичното здравеопазване се аргументира от факта, че случаите на бедствия, аварии и злополуки през последните години нарастват, както и че инвестициите в подготовката за справяне с кризи водят до предотвратяване на човешки и финансови загуби, фатални случаи и загубено доверие. Силният отговор на социалния маркетинг може да спре вълната от общественото недоволство, а пълният маркетингов инструментариум да скъси периода на възстановяване след криза. Кризите, които са били обект на навременно и правилно управление, са с положително въздействие върху субектите, заинтересованите страни и публичната власт.

2. *Българският фармацевтичен пазар хронично изпитва недостиг на лекарства и е уязвим към кризи.* Ограничената покупателна способност и ниската здравна култура създават изкривено потребление, а нормативната рамка - тежка ценова регулация на лекарствата, която предизвиква deregистрирането на 300 продукта годишно; забрана на генеричната замяна и огромна административна тежест върху паралелния внос - та-

ка се възпрепятстват икономическите и маркетингови възможности за справяне с недостига.

3. Регулаторната среда у нас не отразява причините и въздействието за недостиг на лекарства. Пандемията от Ковид-19 задълбочи съществуващия и преди избухването ѝ недостиг, но в България не са предприети регулаторни действия за инициране на нормативни промени към съвременни подходи за управление на кризата и насърчаване на бизнеса за прилагане на маркетингови методи за справянето с проблема.

4. Водещите причини за недостиг на лекарства са в производството и регулацията на цените им. Обобщени данни от проучвания сред потребители, магистър-фармацевти и търговци на едро очертават високия риск при производството – нарушен цикъл поради логистика и качество на суровини, изтегляне на партии, ценови натиск, водещ до изтегляне от националните пазари с нисък обем и др. Респективно продуктовете и ценовата политика от маркетинговия микс са средството за въздействие, следва да се повиши вниманието към интегрираните маркетингови комуникации. Логистичните причини са обект на дистрибуционната политика, а регулаторните – отново на комуникационния микс. Те следват локалната специфика в пълна синергия в духа на стратегическия маркетинг.

5. Изводите от проучванията трябва да залегнат в плановете за стратегическо управление на публичната администрация.

6. Продуктовата политика е елементът от маркетинговия микс, който изисква най-сериозно внимание от институциите и бизнеса. Подобряването и постоянният контрол на системите за качество са фактор за предотвратяване на производствените проблеми чрез добре работещо оборудване и съоръжения. Насърчаването на производството на лекарства с по-ниска норма на печалба и стимулирането на субектите, инвестиращи в управление на качеството, са политики, които публичното здравеопазване следва да провежда с бизнеса.

7. Ценовата политика се разглежда в динамика при установяване на риск от недостиг на лекарства. Нормите, насочени единствено към ограничаване на разходи, имат отрицателен ефект върху надеждността на доставките и обезкуражават участниците да работят на определени пазари.

8. Гъвкавите дистрибуционни стратегии са ключови за маркетинговото управление на недостига на лекарства. Пазарно решение в духа на дистрибуционната политика в маркетинговия инструментариум е насърчаването на паралелната дистрибуция.

9. Интегрираните маркетингови комуникации са инструментът за навременно взаимодействие с обществеността. Информирането и ангажирането на обществеността е успешен подход за смекчаване на последствията от недостига, а в редица случаи и възможност за предотвратяването му. Публичното здравеопазване у нас има редица неизползвани територии в комуникациите, които да подобрят взаимодействието със заинтересованите страни като ПР, маркетинг на съдържанието, дигитален маркетинг и др.

10. Необходими са законодателна и институционална инициатива за въвеждане на механизми за превенция и управление на недостига на лекарства: насърчаване на паралелния внос, генерична замяна, ценова гъвкавост, стимули за производителите за инвестиции в качествено и устойчиво производство.

IV. СПРАВКА ЗА ПРИНОСИТЕ В ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Настоящият дисертационен труд е първото българско проучване по отношение на управлението на една от кризите в публичното здравеопазване – недостигът на лекарства - с маркетингови методи. В изследването могат да се открият следните приноси моменти с методологичен и **практико-приложен характер**:

- 1) Обобщена е типология на кризите в публичното здравеопазване. Обобщени са причините за възникване на кризи в публичното здравеопазване и са очертани основни линии на въздействието им.
- 2) Изведени са ендемични за българския фармацевтичен сектор причини за недостиг на лекарства. Комплексно приложени са пакети от маркетингови методи в превенцията и решаването на кризи в областта на общественото здравеопазване, както и пакети от регулаторни подходи в здравната политика за превенцията и решаването на кризи.
- 3) Изработен е инструментариум за проучване на причините за недостиг сред крайните потребители на лекарства в България. Изведени са потребителски профили на недостига на лекарства.
- 4) Идентифицирани са причини за недостига на лекарства по цялата верига на доставки - производители, дистрибутори, фармацевти, болници.
- 5) Очертани са конкретни насоки на маркетингово въздействие за предотвратяване и преодоляване на недостига на лекарства, както и регулаторни политики, които да създадат нормативната инфраструктура за разгръщане на маркетинговия подход при преодоляване на недостига на лекарства.

V. ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. **Marinkova, B.**, Drug shortages as a constant public healthcare crisis - causes, consequences, solutions// Публични политики.bg / public policy.bg, vol 13, no 2 (2022), doi: <https://ejpp.eu/index.php/ejpp/article/viewArticle/442>
2. **Marinkova, B.**, Public healthcare crisis impacts and management. KNOWLEDGE - International Journal, vol. 49, no. 5, Dec. 2021, pp. 1099-03, doi: <https://ikm.mk/ojs/index.php/kij/article/view/4527>
3. **Marinkova, B.**, Typology and ethology of public health crises. KNOWLEDGE - International Journal, 49(5), 1105–1111. doi: <https://ikm.mk/ojs/index.php/kij/article/view/4528>



УНИВЕРСИТЕТ ЗА НАЦИОНАЛНО И
СВЕТОВНО СТОПАНСТВО
ФАКУЛТЕТ „УПРАВЛЕНИЕ И АДМИНИСТРАЦИЯ“
КАТЕДРА „ПУБЛИЧНА АДМИНИСТРАЦИЯ“

БОРЯНА ВАСИЛЕВА МАРИНКОВА

**УПРАВЛЕНИЕ НА КРИЗИ
В ПУБЛИЧНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ
ЧРЕЗ МАРКЕТИНГОВИ МЕТОДИ**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за придобиване на образователна
и научна степен „доктор“ по научно направление 3.7.
„Администрация и управление“,

докторска програма „Организация и управление извън
сферата на материалното производство (публична
администрация)“

София
2022