

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

План лекции

1. Теоретические основы управления.
2. Управление здравоохранением в период плановой экономики (бюджетной модели финансирования).
3. Принципиальные аспекты управления здравоохранением в условиях нового хозяйственного механизма.
4. Управление здравоохранением в период становления рыночной экономики.
5. Роль менеджмента и маркетинга в обеспечении эффективной деятельности медицинских учреждений.

Структура управления здравоохранением Федерального уровня



Управленческий цикл



Основные функции управления

- планирование;
- прогнозирование;
- учёт;
- анализ;
- регулирование;
- отчётность;
- моделирование.

Правила SMART целевого управления

- S (specific) – конкретность цели;
- M (measurable) – измеримость;
- A (achievable) – достижимость (согласованность);
- R (relevant) – релевантность (соответствие);
- T (time bound) – временные сроки.

Управление - это
целенаправленный
поступательный процесс,
обеспечивающий эффективное
функционирование и развитие
системы в конкретных условиях с
учетом имеющихся ресурсов.

Система - совокупность (последовательность) функций или процедур (компонентов) организаций или учреждений, объединенных в одно целое, деятельность которых обеспечивает достижение определенной цели.

Использование компьютерных технологий существенно повышает эффективность управления и функционирование системы.

Менеджмент (от английского management – управление, руководство, правление), означает управление в **СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ СИСТЕМАХ**

Менеджмент – управление системой (организацией, фирмой), направленное на достижение поставленных целей на основе учета, использования и развития преимущественно внутренних факторов, т.е. кадрового, научно-технического и производственного потенциала

Маркетинг – это управление системой (организацией, фирмой) на основе учета преимущественно внешних факторов (рынка), т.е. управление производством товаров и услуг на основе изучения потребительского спроса населения

Управление строится на основе системного и ситуационного анализа.

Управленческий цикл предполагает решение следующих задач:

- формирование стратегического видения и миссии социально-экономической системы (организации) с использованием материалов системного и ситуационного анализа;
- определение целей;
- разработку стратегии достижения целей;
- внедрение и реализацию стратегии;
- оценку работы, изучение новых тенденций и осуществление корректирующих действий.

Разработка стратегии

При разработке стратегии необходимо ответить на такие вопросы как:

- расширение бизнеса;
- удовлетворение потребителей;
- превосходство над конкурентами;
- ответ на изменение рыночных условий;
- управление подразделениями бизнеса;
- достижение стратегических и финансовых целей.

Внедрение стратегии

- Создание организации, способной успешно использовать стратегию.
- Разработка финансового плана.
- Проведение поддерживающей стратегию политики.
- Создание мотивации для людей.
- Увязывание системы вознаграждения с результатами достижения поставленных целей.

Внедрение стратегии

- Создание культуры организации и делового климата в ней.
- Создание внутренней системы поддержки, позволяющей персоналу изо дня в день эффективно играть свою стратегическую роль.
- Введение практики и программ постоянного совершенствования.
- Введение системы внутреннего лидерства.

В бывшем Советском Союзе в основу формирования миссии здравоохранения были положены следующие принципы:

1. Государственный характер, единство и плановость советского здравоохранения.
2. Бесплатность и общедоступность квалифицированной медицинской помощи.
3. Профилактическое направление советского здравоохранения; проведение широких оздоровительных мероприятий и диспансеризации.
4. Широкое участие общественных организаций и населения в строительстве здравоохранения; санитарное просвещение и гигиеническое воспитание с детства.
5. Единство медицинской науки и практики.

Советское здравоохранение

представляло собой важнейшую отрасль социально-культурной деятельности социалистического государства, основной целью которого являлось осуществление комплекса государственных и общественных мер, обеспечивающих высокий уровень охраны здоровья советского народа (А. Ф. Серенко, В.В. Ермаков, 1984).

Достижению поставленной цели способствовала система планирования.

Планирование здравоохранения - это процесс разработки научно-обоснованной системы мероприятий, осуществляемых органами государственного и местного самоуправления, позволяющих наиболее полно сочетать потребность населения в медицинской помощи, лекарственном обеспечении и санитарно-противоэпидемическом обслуживании с экономическими возможностями ее удовлетворения.

Под нормами, применительно к здравоохранению, следует понимать количественные показатели состояния внешней среды, лечебно-профилактической помощи, а также научно-обоснованные и регламентированные показатели деятельности медицинских учреждений, нагрузки медицинского персонала и т.д.

В качестве примера норм, применяемых в здравоохранении, можно привести следующие:

- гигиенические нормы (ПДК токсических веществ, коли-титр, коли-индекс);
- нормы обеспечения населения лечебно-профилактической помощью (количество больничных коек на 1000 населения, число посещений на 1 жителя);
- нормы нагрузки (число больных на 1 час амбулаторного приема);
- нормы потребности медикаментов и перевязочных средств и т.д.

Нормативами являются расчетные показатели. К их числу относятся:

- нормативы организации лечебно-профилактического обслуживания по участковому принципу (численность взрослого населения на терапевтическом участке - 1700, на педиатрическом - 800 детей);
- нормативы среднегодовой занятости койки по специальностям;
- штатные нормативы медицинского персонала в различных медицинских учреждениях и т.д.

Для осуществления планирования здравоохранения в период плановой экономики использовались преимущественно следующие методы:

- аналитический,
- балансовый,
- нормативный,
- соотношения,
- экспериментальный,
- экономико-математический и т.д.

Определение потребности населения в амбулаторно-поликлиническом обслуживании

$$П = А \times Кп + Д + Пр,$$

где:

П - число врачебных посещений на 1000 населения;

А - заболеваемость (обращаемость на 1000 населения);

Кп - коэффициент повторности посещений с лечебной целью на одно заболевание по данной специальности;

Д - число диспансерных посещений в связи с заболеваемостью;

Пр - число посещений по профилактическому обслуживанию, зависящее от численности рабочих промышленных предприятий, работающих подростков и других контингентов здорового населения, подлежащего профилактическим осмотрам.

Определение потребности населения в стационарной помощи

$$K = \frac{A \times P \times R}{D \times 100},$$

где:

K - необходимое количество среднегодовых коек на 1000 населения;

A - уровень обращаемости (заболеваемости) на 1000 населения;

P - количество госпитализированных от числа обратившихся (в %);

R - средняя продолжительность пребывания больного на койке;

D - среднегодовая занятость койки.

Функция врачебной должности

$$\Phi = Б \times С \times Г,$$

где:

Ф - функция врачебной должности по определенной специальности;

Б - нагрузка врача по специальности на 1 час работы в поликлинике и на дому;

С - число часов работы отдельно на приеме в поликлинике и по оказанию помощи на дому;

Г - число рабочих дней в году.

В качестве примера предлагается рассмотреть определение функции врачебной должности терапевта.

Функция врачебной должности

$$\Phi_T = [(5 \times 3) + (2 \times 3)] \times 285 = 5985 \text{ посещений,}$$

где:

5 и 2 - нормы нагрузки врача-терапевта на 1 час работы в поликлинике и по обслуживанию больных на дому;

285 - число рабочих дней в году.

Определение потребности во врачебных должностях

$$В = \frac{Л \times Н}{Ф},$$

где:

В - необходимое количество врачебных должностей;

Л - норма поликлинических посещений на одного жителя в год;

Н - численность населения планируемой территории;

Ф - функция врачебной должности.

Управление здравоохранением в условиях нового хозяйственного механизма

Цель - создание новой миссии здравоохранения и такого механизма управления здравоохранением, который обеспечивал бы сохранение и укрепление здоровья населения посредством экономической заинтересованности медицинских работников в оказании максимального объема высококачественной медицинской помощи наиболее эффективными способами с учетом реальной потребности населения в различных видах медицинских услуг.

Принципы планирования

- единство целей на федеральном, региональном и муниципальном уровнях управления;
- сочетание перспективного и текущего планирования;
- выделение ведущих звеньев плана;
- научно-техническая обоснованность и эффективность использования ресурсов отрасли;
- обеспечение соответствия реальных финансовых ресурсов, выделенных на нужды здравоохранения из всех источников, и объема государственных гарантий предоставления населению бесплатной медицинской помощи.

Задачи планирования

- сохранение и укрепление здоровья населения;
- оптимизацию сети и структуры учреждений здравоохранения, расширение внегоспитального сектора оказания медицинских услуг и дальнейшее совершенствование звена первичной медико-санитарной помощи;
- укрепление материально-технической базы здравоохранения, улучшение подготовки и повышение квалификации медицинских и фармацевтических работников;
- повышение качества медицинского обслуживания;
- внедрение в практику здравоохранения достижений современной науки, передового опыта, новых методов профилактики, диагностики и лечения, улучшение обеспечения населения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения

Планирование деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений

- формирование моделей конечного результата деятельности;
- определение численности обслуживаемого населения с целью обеспечения адекватного финансирования;
- нормирование ассигнований на одного жителя;
- определение фонда заработной платы (в % от подушевого норматива);
- определение объема расходов на медикаменты в подушевом нормативе финансирования.

Планирование деятельности стационаров

Осуществлялось с использованием:

- моделей конечных результатов деятельности стационарных учреждений;
- норматива фонда заработной платы (в % от стоимости оказанных услуг);
- планируемого числа пролеченных больных;
- норматива ассигнований на питание, медикаменты, что включалось в стоимость медицинских услуг.

Принцип формирования моделей конечных результатов деятельности возможно рассмотреть на примере МКР поликлиники. Начальным этапом формирования моделей является определение показателей деятельности, результативности и дефектов деятельности.

Показатели деятельности ЛПУ

- годовая нагрузка на одну врачебную должность;
- количество амбулаторных операций на 1 должность врача хирургической специальности;
- обеспеченность помощью на дому взрослого и детского населения;
- охват периодическими осмотрами подлежащих контингентов;
- охват диспансерным наблюдением хронических больных;
- обеспеченность амбулаторных больных диагностическими исследованиями (рентгенологическими, лабораторными, функциональными);
- обеспеченность амбулаторных больных физиотерапевтическими методами лечения;
- привитость населения против инфекционных заболеваний;
- ранняя постановка беременных на учет и т.д.

Результативность деятельности ЛПУ

- качество лечения;
- качество диспансеризации;
- выявление онкологических заболеваний и туберкулеза на ранних стадиях;
- полная и частичная реабилитация инвалидов;
- перинатальная смертность;
- младенческая смертность;
- смертность населения в трудоспособном возрасте.

Дефекты деятельности ЛПУ

- выявление профессиональной патологии, онкологических заболеваний и туберкулеза на поздних стадиях;
- материнскую смертность;
- смертность на дому лиц, не наблюдавшихся врачом;
- смертность детей на дому от пневмонии, кишечных инфекций;
- жалобы населения.

Условные показатели модели конечных результатов деятельности

№	Показатели	Единица измерения	Норматив	Оценка в баллах		
				Норматива	отклонения	
					знак	на единицу измерения
Показатели результативности						
1.	Смертность в трудоспособном возрасте	случаев на 1000 населения	8,0	5	-	0,63
2.	Реабилитация инвалидов	% к имеющим инвалидность	12	3	+	0,25
Показатели дефектов						
1.	Обоснованные жалобы	жалоб на 10000	0	- 36	-	0,30

Определение коэффициента достижения результата (КДР)

$$\text{КДР} = \frac{(\text{ОПДР}_1 + \text{ОПДР}_2 + \text{ОПДР}_3 + \dots + \text{ОПДР}_n) - (\text{ОПД}_1 + \text{ОПД}_2 + \dots + \text{ОПД}_n)}{\text{ОНЗ}_1 + \text{ОНЗ}_2 + \dots + \text{ОНЗ}_n},$$

где:

КДР - коэффициент достижения результатов;

ОПДР - оценка показателей деятельности и результативности;

ОПД - оценка показателей дефектов;

ОНЗ - оценка нормативных значений.

$$\text{ОПДР} = \text{ОН} + (\text{ФП} - \text{НП}) \times \text{ОЕО},$$

где:

ОПДР - оценка показателя деятельности и результативности;

ОН - оценка норматива;

ФП - фактический показатель;

НП - нормативный показатель;

ОЕО - оценка единицы отклонения.

Нормативная оценка результатов деятельности

$$ОНЗ = ОНЗ_1 + ОНЗ_2 = 5 + 3 = 8$$

Фактическая оценка результатов деятельности

$$\begin{aligned} \text{ОПДР}_1 &= \text{ОНЗ}_1 - (\text{ФП}_1 - \text{НП}_1) \times \text{ОЕО}_1 = \\ &= 5 - (8,7 - 8,0) \times 0,63 = 4,6 \end{aligned}$$

При наличии трех обоснованных жалоб
оценка показателей дефектов (ОПД)
будет соответствовать 0,9

$$\text{ОПД} = \text{ФП} \times \text{ОЕО} = 3 \times (0,3) = 0,9$$

$$\text{КДР} = \frac{4,65 + 3 - 0,9}{8} = 0,84$$

Управление здравоохранением в период становления рыночной экономики

28 июня 1991 года был принят Закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР», который должен был обеспечить дополнительное финансирование системы здравоохранения и гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств.

Система стратегического управления

- формирование стратегического видения и миссии здравоохранения федерального, регионального и муниципального уровней, а также частного сектора здравоохранения;
- четкое определение цели здравоохранения в условиях переходного периода;
- разработка стратегии (управленческого плана) достижения целей;
- внедрение и реализация стратегии;
- оценка работы, изучение новых тенденций и осуществление корректирующих действий.

На федеральном уровне управления отраслью главными задачами являются:

- определение стратегии развития здравоохранения в стране;
- разработка и исполнение федеральных целевых программ;
- разработка законодательной и нормативно-методической базы здравоохранения;
- координация деятельности органов государственной власти по решению вопросов здравоохранения;
- разработка механизмов деятельности контрольно-разрешительной системы в сфере обращения лекарственных средств.

На региональном уровне (субъект Российской Федерации) главными задачами должно быть:

- развитие здравоохранения с учетом региональных особенностей;
- разработка и исполнение территориальных целевых программ здравоохранения и программ государственных гарантий по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью на территории субъекта Российской Федерации.

Основой планирования станутся федеральные программы развития здравоохранения, реализующие цели и задачи государственной политики на определенный период и состоящие из:

- федеральных целевых программ развития здравоохранения,
- программ государственных гарантий по обеспечению граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью.

Для обеспечения единого (базового) уровня государственных гарантий в здравоохранении на федеральном уровне утверждаются медико-социальные стандарты, в том числе:

- основные показатели обеспеченности населения больничными и амбулаторно-поликлиническими учреждениями, а также врачами и средним медицинским персоналом;
- нормативы подушевого финансирования здравоохранения.

На Федеральном уровне утверждаются методики расчета нормативов обеспечения учреждений здравоохранения материальными, трудовыми и финансовыми ресурсами:

Программы здравоохранения субъектов Российской Федерации включают в себя программы государственных гарантий по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью, в которой должны быть определены:

- показатели здоровья населения;
- объемы финансирования здравоохранения за счет средств бюджета и обязательного медицинского страхования;
- общие принципы финансирования и показатели деятельности учреждений здравоохранения;
- мероприятия по повышению эффективности работы учреждений здравоохранения;
- основные направления профилактической деятельности.

Основные этапы комплексного планирования

- расчет финансовых нормативов;
- определение на основе этих нормативов реальной потребности здравоохранения в финансовых средствах для оказания населению медицинской помощи при существующей ее структуре;
- определение реального объема финансовых ресурсов, выделяемых здравоохранению;

Основные этапы комплексного планирования

- изучение потребности населения в медицинской помощи путем оценки сложившейся структуры. Планирование реорганизации системы оказания медицинской помощи с целью максимального обеспечения потребностей населения в условиях имеющихся ресурсных ограничений;
- определение реального объема государственных и муниципальных гарантий;
- планирование организационной, технологической, финансово-экономической поддержки этих гарантий;
- обеспечение общественной поддержки намеченной реформы оказания медицинской помощи.

Государственный заказ - это комплексный план, содержащий объемные и финансовые показатели деятельности здравоохранения субъекта федерации на предстоящий год, формируемый на основе анализа структуры потребности населения в медицинской помощи, имеющихся финансовых ресурсов соответствующего бюджета и обязательного медицинского страхования, утверждаемый администрацией субъекта федерации.

Государственный заказ включает в себя:

- Территориальную программу обязательного медицинского страхования;
- перечень видов медицинской помощи, мероприятий и видов деятельности учреждений и подразделений, финансируемых за счет бюджета;
- условия и порядок предоставления населению медицинской помощи;
- финансовые нормативы, применяемые при планировании оказания населению бесплатной медицинской помощи;
- рекомендуемые объемы бесплатной медицинской помощи для муниципальных образований;
- государственный заказ областным (краевым), межрегиональным медицинским учреждениям на предоставление населению субъекта федерации бесплатной медицинской помощи.

Муниципальный заказ - это комплексный план, содержащий объемные и финансовые показатели деятельности здравоохранения муниципального образования в целом и всех муниципальных медицинских учреждений на очередной год, финансируемый на основе анализа структуры потребностей населения в медицинской помощи, имеющихся финансовых ресурсов муниципального бюджета и обязательного медицинского страхования, утверждаемый местной администрацией по согласованию с органами управления субъектов федерации и территориальным фондом обязательного медицинского страхования.

Муниципальный заказ определяет объем гарантий государства и муниципального образования по предоставлению медицинской помощи, объем финансовых ресурсов, выделяемых на выполнение гарантий и требования к эффективности деятельности здравоохранения территории.

Финансовые нормативы для формирования муниципального заказа

- подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинических учреждений;
- стоимость одного койко-дня для стационаров различных типов и категорий;
- штатные нормативы.

В рамках муниципальных заказов отдельно планируются объемы:

- услуг, предоставляемых областными, краевыми, межрегиональными учреждениями и специализированными центрами;
- дорогостоящих видов помощи, в том числе обследований и исследований;
- альтернативных технологий, превышающих стоимость стандартных способов лечения.

Для стационаров в зависимости от профиля и вида коек, развернутых в нем (для коррекции неотложных состояний (краткосрочного пребывания), интенсивного лечения, дневного пребывания, медико-социальной помощи) устанавливаются:

- количество койко-дней, обеспеченных финансированием за счет муниципального заказа;
- предельная длительность пребывания больного на койке;
- средняя стоимость койко-дня.

Для амбулаторно-поликлинических учреждений муниципальным заказом регламентируется:

- плановый подушевой норматив финансирования, в том числе - за счет средств ОМС;
- предельная доля оплаты труда в подушевом нормативе;
- предельное число посещений к врачам-специалистам;
- число больных, которые должны быть пролечены в дневном стационаре (стационаре на дому);
- предельное число лабораторных исследований в расчете на 100 посещений;

Для амбулаторно-поликлинических учреждений муниципальным заказом регламентируется:

- средняя стоимость лечения в дневном стационаре (стационаре на дому);
- объем бесплатного зубопротезирования;
- объем обеспечения лекарственными средствами на льготных условиях;
- объем обеспечения бесплатным детским питанием;
- лимит затрат на дорогостоящие виды обследований, исследований.

Структура бизнес-плана

- концепция бизнеса;
- описание объекта здравоохранения и ситуации в настоящее время и в перспективе;
- характеристика предмета бизнеса, включая описание предлагаемых медицинских услуг или продукции;
- рынок и конкуренция;
- персонал и управление;

Структура бизнес-плана

- организационный план, в том числе правовое обеспечение (для вновь организуемых объектов здравоохранения);
- план производства медицинских услуг (продукции);
- план маркетинговых действий;
- потенциальные риски;
- финансовый план и финансовая стратегия.

Основные понятия маркетинга

- *Нужда* – это чувство ощущаемой человеком нехватки чего-либо. Нужды являются исходными составляющими природы человека.
- *Мотив (или побуждение)* – это нужда, достигшая высокой степени выразительности, заставляющая человека искать пути и способы ее удовлетворения. Нужды и мотивы формируют потребность.
- *Потребность* – это нужда, принявшая форму в соответствии с культурным уровнем и личностью человека, иными словами говоря, это осознанная нужда, требующая действия.
- *Запрос* – это потребность, подкрепленная покупательной способностью.

Для удовлетворения нужд и потребностей существуют товары. Ф. Котлер определяет товар следующим образом:

«*Товар* – все, что может удовлетворить потребность или нужду и что предлагается рынку с целью привлечения внимания, приобретения, использования или потребления».

Услуга – любое мероприятие или выгода, которые одна сторона может предложить другой и которые, в основном, неосвязаемы и не приводят к завладению чем-либо.
Производство услуг может быть связано и не связано с товаром в его материальном виде.

Услугам присущи четыре характеристики, которые необходимы учитывать при разработке маркетинговых программ:

- неосвязаемость;
- неотделяемость;
- непостоянство качества;
- несохраняемость.

Стратегические подходы к формированию оптимального соотношения спроса и предложения на предприятиях сфер услуг

- I. Со стороны спроса (со стороны потребителя):
- установить дифференцированные цены на услуги;
 - планомерно стимулировать спрос в период его спада;
 - в период максимального спроса можно предлагать дополнительные услуги в качестве альтернативы для ожидающих;
 - ввести системы предварительных заказов.

Стратегические подходы к формированию оптимального соотношения спроса и предложения на предприятиях сфер услуг

II. Со стороны предложения:

- для обслуживания в период максимального спроса можно привлекать временных служащих или служащих на неполный рабочий день;
- установить особый распорядок работ в период наибольшей нагрузки;
- поощрять самих клиентов, которые включаются в процесс представления услуги (при этом уменьшается стоимость потребляемой услуги);
- разработать программу предоставления услуг совместными усилиями нескольких производителей услуг;
- разработать программу действий, направленных на увеличение существующих мощностей.

Классификация услуг

Наиболее проста и удобна классификация, предложенная Ф. Котлером (1984):

I. По источникам:

- а) предоставляемые только человеком;
- б) предоставляемые человеком + техническое оснащение (техническое оснащение с автоматизацией или без нее).

II. По присутствию клиента:

- а) да;
- б) нет.

Классификация услуг

III. По мотивам представителя услуг:

1. а) коммерческая;
б) некоммерческая деятельность.
2. а) обслуживание отдельных лиц;
б) услуги общественного характера.

IV. По мотивам приобретения услуги клиентом для удовлетворения:

- а) собственных нужд;
- б) деловых нужд.

Систематизированные свойства медицинских услуг

Систематизированные свойства медицинских услуг (МУ) можно представить в следующем порядке:

1. Общие свойства:

- неосвязаемость (нематериальный характер) до ее получения;
- неразрывность производства и потребления услуги;
- неоднородность или изменчивость качества;
- неспособность услуг к сохранению впрок (сиюминутность).

Систематизированные свойства медицинских услуг

2. Экономические составляющие:

- себестоимость;
- рентабельность;
- эффективность;
- цена услуги;
- методика ценообразования.

3. Медико-социальные свойства:

- своевременность;
- доступность;
- качество.

Особенностях медицинских услуг

- результат профессиональной деятельности воплощен в самом человеке;
- индивидуальный характер услуги;
- результативность напрямую не связана с величиной затрат;
- результат разнообразен по сроку проявления и необходимости повторного воздействия;
- услуги предоставляются в материализованном или нематериализованном виде;
- стоимость услуги – величина динамичная.

Основные различия между коммерческим (в условиях добровольного медицинского страхования – ДМС) и некоммерческим (в условиях обязательного медицинского страхования – ОМС) видами маркетинга

Некоммерческий (социальный) маркетинг	Коммерческий маркетинг
1. Связан с идеями, организациями, территориями, а также услугами.	1. Связан главным образом с услугами.
2. Используется для обмена (в условиях смены общественно-экономической формации), внедрения рыночных механизмов хозяйствования на обеспечение социальных гарантий в области здравоохранения.	2. Обмениваются денежные средства на услуги.
3. Цели многокомплектные и результат не может оцениваться только с чисто финансовой точки зрения.	3. Цели касаются в основном сбыта услуг, получения прибыли.

Основные различия между коммерческим (в условиях добровольного медицинского страхования – ДМС) и некоммерческим (в условиях обязательного медицинского страхования – ОМС) видами маркетинга

Некоммерческий (социальный) маркетинг	Коммерческий маркетинг
4. Преимущества не связаны с выплатами потребителей услуг.	4. Преимущества обусловлены платежами потребителей.
5. От системы ОМС требуют обслуживания всех, в том числе группы экономически невыгодных сегментов потребителей.	5. Ориентирован на обслуживание только прибыльных сегментов рынка.
6. В условиях осуществления некоммерческого маркетинга есть две категории клиентов: потребители услуг; плательщики взносов (страхователи).	6. Имеется одна категория клиентов: потребители (они же, как правило, страхователи).
7. Льготы по налогообложению	7. Отсутствие налоговых льгот.

Обмен – акт получения от кого-либо желаемого объекта с предложением чего-либо взамен.

Поскольку обмен занимает важное место в маркетинге, целесообразно назвать те условия, которые необходимы для его совершения:

1. Сторон должно быть как минимум две.
2. Каждая сторона должна располагать чем-то, что могло бы представлять ценность для другой стороны.
3. Каждая сторона должна быть способна осуществлять коммуникации и доставку своего товара.
4. Каждая сторона должна быть совершенно свободной в принятии или отклонении предложения другой стороны.
5. Каждая сторона должна быть уверена в целесообразности или деятельности иметь дело с другой стороной (Ф. Котлер, 1990).

Сделка – коммерческий обмен ценностями между двумя сторонами.

Совершение сделки предлагает наличие следующих условий:

- 1) по меньшей мере двух ценностно значимых объектов;
- 2) согласованных условий ее осуществления;
- 3) согласованного времени совершения;
- 4) согласованного места проведения.

Виды рынков в сфере здравоохранения

- рынок специалистов;
- рынок учреждений;
- рынок пациентов;
- рынок идей;
- рынок медицинских, биологических, экологических и других видов услуг производственной и непроизводственной сферы.

Менеджер больницы



Характеристика задач менеджмента

Характеристика задач маркетинга в зависимости от состояния спроса на товары и услуги

Состояние спроса	Задача маркетинга	Определение маркетинга
Негативный спрос	Создать спрос	Конверсионный – изменяющийся маркетинг
Отсутствие спроса	Стимулировать спрос	Стимулирующий маркетинг
Потенциальный спрос	Развить спрос	Развивающий маркетинг
Снижение спроса	Повысить спрос	Ремаркетинг
Колеблющийся спрос	Сбалансировать спрос	Синхромаркетинг
Полный спрос	Поддерживать спрос	Поддерживающий маркетинг
Чрезмерный спрос	Снизить спрос	Демаркетинг
Иррациональный спрос	Ликвидировать спрос	Противодействующий маркетинг 77

План проведения компании по социальному маркетингу

- идентификация потребностей (нужд) целевой аудитории;
- развитие коммуникаций;
- предварительное тестирование потребителей (анкетирование, интервьюирование);
- компания по пропаганде и рекламе социально-значимого мероприятия;
- анализ последствий проведения компании по изменению поведения целевой аудитории.

Достижение максимального эффекта в процессе социального маркетинга

- Сегментирование рынка;
- Изучение потребителей;
- Разработка замысла продвижения социально-значимой идеи;
- Разработка плана использования коммуникаций (общие, выборочные, персональные);
- Отработка приемов обеспечения внедрения идеи в практику;
- Использование стимулов и приемов теории обмена.

Достижение максимального эффекта в процессе социального маркетинга

Целями социального маркетинга могут быть:

- Достижение понимания необходимости внедрения социально-значимой идеи.
- Побуждение к единовременному действию.
- Стремление изменить поведенческие привычки.
- Изменение основополагающих представлений, существующих ранее.

Этапы проведения социального маркетинга

- Формирование целей.
- Анализ убеждений, отношений, ценностных представлений и поведенческих проявлений, имеющих в обществе.
- Анализ основных факторов, влияющих на достижение данной цели.
- Систематизация мероприятий (идей), которые будут способствовать достижению цели.

Этапы проведения социального маркетинга

- Оценка вариантов коммуникации и ее распространения на целевом рынке.
- Разработка плана маркетинга и структуры службы для его претворения в жизнь.
- Разработка методики постоянной оценки достигнутых результатов и принятия корректирующих решений.

Критерии мотивирующей организации труда

1. Любые действия должны быть осмысленными.
2. Большинство людей испытывают радость от работы.
3. Каждый на своем рабочем месте хочет показать, на что он способен.
4. Каждый стремится выразить себя в труде.
5. Практически каждый имеет собственную точку зрения на то, как можно улучшить свою работу, ее организацию.

Критерии мотивирующей организации труда

6. Людям нравится ощущать свою значимость.
7. Каждый человек стремится к успеху.
8. Успех без признания приводит к разочарованию.
9. По тому, каким способом, в какой форме и с какой скоростью сотрудники получают информацию, они оценивают, какова их реальная значимость.

Критерии мотивирующей организации труда

10. Сотрудникам не нравится, чтобы решения об изменениях в их работе и на рабочих местах, даже если эти решения позитивны, принимались без их ведома, не учитывая их знания и опыт.
11. Каждому требуется информация о качестве собственного труда.
12. Для всех нас контроль со стороны неприятен.
13. Большинство людей стремятся в процессе работы приобрести новые знания.
14. Сотрудники резко реагируют, если их старания и полученные ими лучшие результаты приводят только к тому, что их еще больше нагружают.
15. Позволяет ли работа быть самому себе шефом?

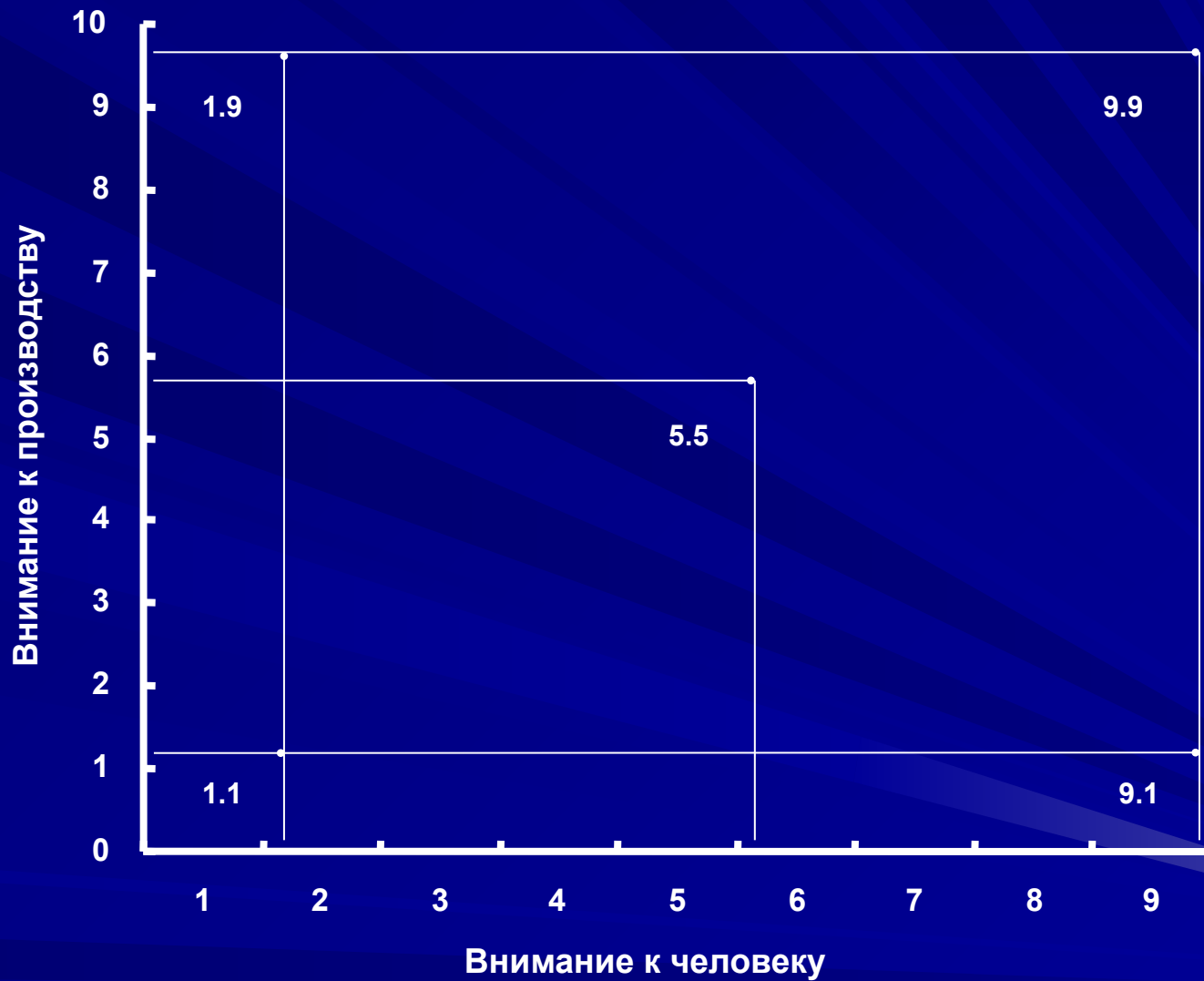
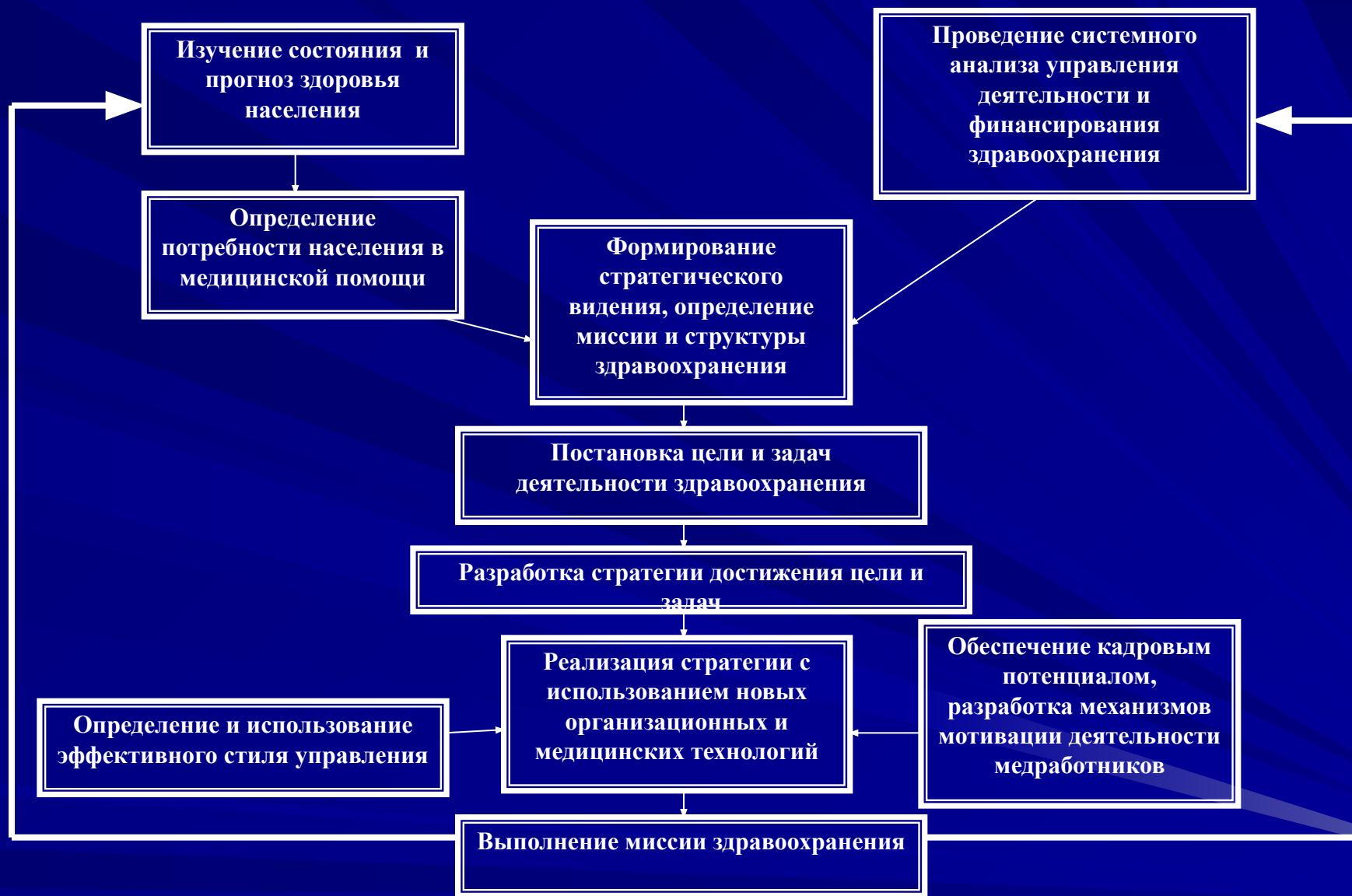


График "решетки" менеджмента



Алгоритм обеспечения эффективной работы медицинского учреждения