

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН
НАО ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
МАРАТА ОСПАНОВА**

Ермуханова Л.С., Султанова Г.Д., Киматова К.Н.

**МАРКЕТИНГ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ
(Учебное пособие)**

Актобе 2019

УДК 614.2:616.31 (075.8)

ББК 56.6

E72

Рецензенты:

1. Хисметова З.А. – к.м.н., заведующая кафедрой «Общественное здравоохранение и доказательной медицины» Семейского медицинского университета

2. Назарбаева Р.К. – к.м.н., и.о. руководителя Центра семейной медицины и исследований в первичной помощи

Авторы:

Ермуханова Л.С. – к.м.н., руководитель кафедры «Общественное здоровье и здравоохранение»

Султанова Г.Д.. – к.м.н., декан факультетов «Стоматологии», «Общественного здравоохранения», «Сестринского дела» и «Фармации»

Киматова К.Н. – м.м.н., преподаватель кафедры «Общественного здоровья и здравоохранения»

Маркетинг стоматологических услуг: Учебное пособие / Ермуханова Л.С., Султанова Г.Д., Киматова К.Н. // Актобе: НАО Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, 2019. – 82с.

Учебное пособие рассматривает вопросы рынка стоматологических услуг, методы продвижения в конкурирующей среде. В пособие раскрыты вопросы по организации и работе маркетологов стоматологических клиник.

Данное учебное пособие предназначено для студентов стоматологического факультета медвузов, врачей стоматологов, руководителей органов и учреждений здравоохранения, администраторов, менеджеров медицинских организаций, в частности стоматологических клиник.

Содержание

Предисловие.....	5
1.Предпосылки возникновения рыночных отношений в здравоохранении. Субъекты рынка стоматологических услуг	6-11
2. Основы маркетинга. Маркетинг в здравоохранении. Управление маркетингом.....	12-22
3. Маркетинговые исследования.....	23-32
4. Сегментация рынка.....	34-45
5. Меры регулирования рынка медицинских услуг и имидж предприятия. Тенденции развития рынка стоматологических услуг.....	46-52
6. Маркетинговая система стоматологической организации..	53-59
7. Цели и задачи ценообразования в сфере платных стоматологических услуг. Анализ методов ценообразования.....	60-72
8. Модель ценообразования в стоматологической организации	73-79
9. Административный процесс в здравоохранении. Основные понятия.....	80-88
10. Правовые акты здравоохранения. Основные документы. Законодательные акты в здравоохранении. Кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения».....	89-99
Ответы на тестовые задания.....	100
Список использованных источников	101-105

Сокращения и обозначения

МД - маркетинговая деятельность
МИ - маркетинговое исследование
СУ - стоматологические услуги
РСУ - рынок стоматологических услуг
РО - рыночные отношения
Стом. - стоматология
СК - стоматологическая клиника
МТО - материально-техническая оснащенность
ПМ - планирование маркетинга
АО- административная ответственность
АП - административное правонарушение
ЗО - здравоохранение
МР - медицинский работник
ГУ - государственная услуга
АПр - административный процесс
ПтП - правотворческий процесс
ПА - правовой акт
ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение
СМИ – средства массовой информации
ПМСП – первичная медико-санитарная помощь
МПСЗ – медико-профилактическая система здравоохранения
PR - пиар
GMP – надлежащая производственная практика
GDP – надлежащая дистрибьюторная практика
GPP – надлежащая аптечная практика

Предисловие

С переходом системы здравоохранения к рыночным отношениям идет рост значения эффективности управления медицинскими учреждениями.

Политические, экономические и социальные факторы влияют на содержание работы руководителя, требуя нового содержания, методов и стиля управления.

Искусство управления персоналом заключается, прежде всего, в умении организовывать определенную деятельность, оптимально используя человеческий фактор.

Менеджмент в здравоохранении - это управление, регулирование и контроль финансовых, трудовых, материальных и нематериальных ресурсов с целью достижения поставленных целей органами и учреждениями здравоохранения. С переходом маркетинг является ключом к успеху любого бизнеса, и стоматологические практики не являются исключением. В данном пособии затрагиваются вопросы организации маркетинга в стоматологии.

к.м.н., Ермуханова Л.С.

1. Предпосылки возникновения рыночных отношений в здравоохранении. Субъекты рынка стоматологических услуг

Маркетинг – это организация производства и сбыта продукции, основанная на изучении потребности рынка в товарах и услугах. Маркетинг как неотъемлемая категория рынка в обобщенном виде конкретизирует реальную деятельность фирмы (в системе здравоохранения это МО) по управлению спросом на результаты своей деятельности. Это управление включает изучение потребности общества в выпускаемой продукции (в системе здравоохранения - в предоставляемых услугах) и ряд основанных на результатах анализа действий [1].

В современных условиях развития экономики любой страны первоочередной задачей становится поддержание и развитие системы здравоохранения, которые при динамичном развитии позволят повысить уровень качества жизни. Главной проблемой системы здравоохранения является значительный разрыв между государственными гарантиями бесплатного предоставления медицинской помощи населению и их финансовым обеспечением. Дисбаланс между государственными обязательствами и их реальным финансированием оказывает негативное влияние на функционирование системы здравоохранения. Из-за невозможности бесплатно предоставлять всем гражданам желаемую медицинскую помощь, происходит нарастание платности медицинских услуг и расширение практики неформальных платежей [2].

Следует отметить, что первыми интерес к маркетингу проявили те предприятия и организации, которые были озабочены проблемами выхода на международный рынок. Значительно позже с методами комплектования портфеля заказов, товародвижения и сбыта продукции, ориентированной на запросы потребителя, познакомились организации, фирмы, работающие на внутреннем рынке. В самую последнюю очередь систему маркетинга стали осваивать предприятия непромышленной сферы, в том числе сферы услуг и, конечно, медицинские учреждения.

Внедрение концепции маркетинга в систему здравоохранения предопределено тем, что в настоящее время в ней реально существуют государственный, муниципальный и частный секторы, сформировалась система обязательного медицинского страхования, способствующая зарождению элементов рыночных отношений.

В условиях развития рынка в здравоохранении наиболее естественно в такие отношения вошли стоматологи. Во-первых, стоматологи во

всем мире, независимо от принятой в стране системы здравоохранения, имеют наиболее обширный опыт оказания платных услуг населению, во-вторых, при принятии соответствующей законодательной базы еще во времена кооперативного движения именно стоматологические услуги можно было наиболее просто, безопасно и выгодно предложить на рынке медицинских услуг.

Основными предпосылками возникновения маркетинга медицинских услуг явились:

- изменения методов финансирования медицинских учреждений с развитием нового хозяйственного механизма;
- развитие коммерческих медицинских учреждений, функционирование которых предполагает получение прибыли от реализации услуг;
- появление новых источников финансирования, независимых от государства, в лице страховых компаний, самих покупателей медицинских услуг;
- увеличение затрат медицинских учреждений на оказание услуг в связи с применением новых технологий лечения, более совершенного оборудования, новых лекарственных средств;
- повышение требований к качеству медицинских услуг в условиях роста объема платных услуг;
- ухудшение состояния здоровья населения в связи с уменьшением его обращаемости в медицинские учреждения вследствие осложнения экономической ситуации и социальной нестабильности в стране.

В связи с этим очень важно оптимизировать объем и структуру потребления медицинских услуг, сбалансировать спрос и потребности на них, что имеет особое значение в условиях медицинского страхования - системы, учитывающей интересы как производителей, так и потребителей медицинских услуг.

Именно с помощью маркетинга можно овладеть необходимой информацией о том, какие медицинские услуги и почему хотят получить пациенты, сколько они готовы заплатить за них, где наиболее высокий спрос на конкретные медицинские услуги, каким образом добиться более высокого объема и качества оказываемых медицинских услуг, получать более высокие доходы в отличие от конкурентов и т.д.

В конце 80-х - начале 90-х годов появилось множество частных стоматологических кабинетов, кооперативов, центров и фирм, предлагающих населению платные медицинские услуги. В этих условиях вопросы современного менеджмента и маркетинга в

стоматологии приобрели особую актуальность, которая сохраняется до настоящего времени. В современных условиях финансирование отечественного здравоохранения требует тщательного переосмысления с позиции дополнительного привлечения финансовых средств и их эффективного использования. Неофициальные соплатежи населения не могут рассматриваться как жизнеспособное решение данной проблемы. Сегодня необходим переход на экономические методы управления медицинскими организациями с целью вывода значительной доли финансирования медицинских организаций из «тени» [3].

Здравоохранение, действуя в условиях рыночной экономики, как и любая другая отрасль, подчиняется законам рынка. В настоящее время существует много определений рынка, но они все ведут к тому, что рынок – это совокупность экономических отношений в сфере обмена услуг и товаров, в результате которого формируется спрос, предложение и цена в условиях конкуренции. Рынок в здравоохранении включает в себя целую систему взаимосвязанных рынков: медицинских услуг, лекарственных препаратов, труда медицинского персонала, научных разработок, медицинских технологий, медицинского оборудования и др.» [4].

Основные предпосылки внедрения маркетинга в здравоохранение:

1. ухудшение состояния здоровья населения:
2. повышение требований к качеству медицинской помощи
3. рост издержек на производство медицинских услуг
4. развитие негосударственных медицинских учреждений
5. появление новых источников финансирования
6. изменение методов финансирования [5]



Рис. 1 Предпосылки внедрения маркетинга в здравоохранение

В рыночных условиях основными предпосылками развития рыночных являются:

- правовая база, создающая возможности для занятия этим видом деятельности;
- изменение отношений собственности смещение акцента деятельности субъекта (предпринимателя) в сторону получения прибыли;
- резкое сокращение финансовых средств, поступающих из бюджета в социальную сферу;
- появление обеспеченных слоев населения, которые формируют платежеспособный спрос на ряд новых услуг в социальной сфере [6].

Стремительное развитие рыночных отношений в стоматологии было предопределено целым комплексом факторов:

- ✓ отсутствие мотивации труда врачей-стоматологов;
- ✓ не достаточно высокое качество оказания стоматологической помощи;
- ✓ сокращение объемов оказания стоматологической помощи вследствие сокращения финансирования;
- ✓ снижение доступности стоматологических услуг.

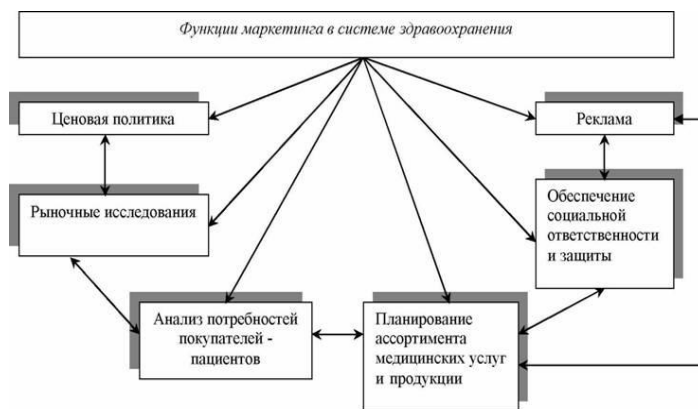


Рис. 2 Функции маркетинга в системе здравоохранения

Субъекты рынка стоматологических услуг.

Рынок стоматологических услуг – механизм взаимодействия продавцов и покупателей стоматологических услуг. Рынок стоматологических услуг имеет особенности, присущие рынку медицинских услуг в целом [7].

На рынке медицинских услуг выступают три группы субъектов:

- **производитель**, продавец медицинских товаров и услуг (медицинское учреждение, врач);
- **покупатель** (пациент, работодатель, государство);
- **посредник** — территориальные фонды ОМС, страховые медицинские организации.

Инфраструктура рынка стоматологических услуг имеет свои характерные черты. Большой стоматологический рынок представляет собой систему отдельных взаимосвязанных рынков [8].

Рынок стоматологических услуг - рынок стоматологического оборудования и инструментов - рынок стоматологических материалов и средств - рынок лекарственных препаратов и гигиенических средств - рынок научных разработок, интеллектуального труда - рынок труда медицинского персонала

Рынок стоматологических услуг занимает важное место в структуре, включая классификатор перечня услуг, оказываемых стоматологами-терапевтами, стоматологами-хирургами, стоматологами-ортодонтами и др. Классификатор стоматологических услуг насчитывает более тысячи наименований. Рынок стоматологического оборудования и инструментов включает свыше 800 единиц наименований, которые подразделяются на:

- электронные приборы, оборудование, наконечники;
- рентгенологическое и радиографическое оборудование и аксессуары;
- аксессуары для ортопедических работ;
- инструменты для эндодонтических работ;
- терапевтические и хирургические инструменты;
- вращающийся инструмент;
- стерилизационное оборудование.



Рис. 3 Субъекты рынка

Рынок стоматологических материалов и средств представлен достаточно широким перечнем товаров:

1. расходные материалы для ортопедических работ;
2. полимерные материалы для изготовления мостов и пародонтальных шин, полимерные материалы для фиксации зубов после ортодонтических процедур, композитный цемент, пасты для временной фиксации коронок, слепочные массы и материалы, адгезивные системы и т.п.;
3. абразивные и полировочные средства: наборы финирующих боров, полиры, абразивы, отрезные диски, алмазные диски и т.п.;
4. пломбирочные материалы: прокладки, цементы, пломбирочные материалы химического отверждения, пломбирочный материал светового отверждения и т.п.

Рынок лекарственных препаратов также можно подразделить на следующие группы:

1. анестезирующие препараты; болеутоляющие средства для пульпы, пародонтальные тампоны, растворимые гемостатические губки, гемостатическую жидкость и др.;
2. средства, устраняющие постпломбирочные боли: антибиотики, обезболивающие, солевой раствор

Рынок гигиенических и антисептических средств

1. средства асептики и антисептики: жидкость для дезинфекции инструментов, алмазных боров, контейнеры для хранения ваты, ёмкости для стерилизации, лотки для хранения инструментов, валики ватные, перчатки, маски

2. средства гигиены и профилактики: зубные пасты, препараты для профилактики кариеса, валики ватные, перчатки, маски, средства реминерализационной терапии, ополаскиватели

Рынок научных разработок, интеллектуального труда характеризуется практическим применением научных достижений отечественной стоматологии: применение современных методов ортодонтического лечения (брекетов) детей и взрослых с зубочелюстными аномалиями; пластическое устранение комбинированных дефектов лица и шеи реваскуляризованными аутоотрансплантатами; реставрация зубов; дентальная имплантация зубов; пародонтологического лечения с использованием иммунокорректоров; применение паст, содержащих иммобилизованные на полисорбе ионы кальция и фосфора, для obturации корневых каналов.

- Рынок стоматологических услуг имеет выраженные черты рынка монополистической конкуренции. Это проявляется прежде всего в большом количестве стоматологических фирм и острой конкурентной борьбе,
- дифференциации стоматологических услуг,
- наличии неценовой конкуренции,
- легкости проникновения на рынок.

Рассмотрим эти факторы более подробно:

1. Количество фирм. В Казахстане большое количество стоматологических фирм, каждая из которых обладает небольшой долей всего рынка. Поэтому каждая из этих фирм имеет весьма ограниченный контроль над рыночной ценой.

2. Дифференциация стоматологических услуг. Один и тот же вид лечебных работ, предлагаемый различными фирмами, может значительно отличаться по качеству исполнения, используемым технологиям и материалам, степени безопасности и др.

3. Неценовая конкуренция. Суть неценовой конкуренции заключается в том, что "соперничество" между стоматологическими фирмами проявляется не только в повышении или понижении цен на

свои услуги (как на товары на продовольственном рынке около станции метро), но и в таких важнейших неценовых факторах как реклама, PR (паблик рилейшнз) и др.

4. Легкость проникновения на рынок. В настоящее время не существует серьезных препятствий для "вхождения" на рынок стоматологических услуг. Наличие стартового капитала, необходимых документов (лицензий, сертификатов и др.) позволят любому желающему "окунуться в рынок" и ощутить себя в водовороте конкурентной борьбы. Итак, рынок стоматологических услуг состоит из большого количества фирм, предлагающих не всегда взаимозаменяемые услуги, отличающиеся прежде всего качеством, используемыми технологиями, уровнем сервиса и др. Именно поэтому на таком рынке диапазон цен достаточно широк.

Тестовые вопросы к теме:

1. Вид человеческой деятельности, направленный на удовлетворение нужд и потребностей людей путем обмена – это:

- а) спрос
- б) рынок.
- в) маркетинг
- г) менеджмент
- д) потребность

2. С чего начинается маркетинг?

- а) с разработки и производства товара
- б) с информационной рекламной компании
- в) с изучения рынка и запросов потребителей
- г) с разработки программы по стимулированию сбыта
- д) нет правильного ответа

3. Рынок - это:

- а) взаимосвязи между производителями и потребителями;
- б) взаимоотношения между свободными производителями, свободными потребителями при использовании рыночных цен в условиях конкуренции
- в) взаимоотношения между продавцами и покупателями;
- г) купля и продажа земли, капитала, труда;
- д) взаимоотношения между государством и организацией

4. Сколько групп субъектов выступают на рынке медицинских услуг?

- а) 3
- б) 5
- в) 4
- г) 2
- д) 6

5. К какой группе субъектов относится государство?

- а) посредник
- б) производитель
- в) покупатель
- г) исполнитель
- д) все ответы верны

6. К какой группе субъектов относится страховые медицинские организации?

- а) посредник
- б) производитель
- в) покупатель
- г) исполнитель
- д) должник

7. Что относится к рынку стоматологических материалов и средств?

- а) наконечники
- б) эндомотор
- в) визиограф
- г) слепочные массы
- д) рентген-аппарат

2. Основы маркетинга. Маркетинг в здравоохранении. Управление маркетингом

Основы маркетинга. Маркетинг (англ. - marketing, от market - рынок) означает деятельность, связанную с обеспечением успешных продаж фирмы на рынке. Огромное количество существующих определений маркетинга отражает многоликость этого термина, разнообразие решаемых им задач и используемых инструментов, а главное - разнообразие трактовок идеи «успешных продаж». Маркетинг можно рассматривать как:

- вид управленческой деятельности или процесс;
- концепцию управления;
- научную дисциплину.

Существует несколько различных определений маркетинга как вида деятельности или функции организации. Между первым и последним по времени его определением - длинный путь. Первое определение описывает маркетинг как комплекс действий по сбыту: организация распределения товаров, торговля, стимулирование продаж, реклама и т.п. Именно с этого начинался маркетинг, и сегодня большая часть маркетинговых функций сосредоточена в сфере распределения товаров. Поэтому такое понимание маркетинга встречается до сих пор, в то время как на практике маркетинг часто отождествляется с коммерческой деятельностью или с рекламой.

Однако маркетинг - это не только деятельность по сбыту. Нельзя забывать и о других его аспектах. Во-первых, маркетинг - это способность «слышать потребителя», понимать его нужды и потребности (понимать в широком смысле: знать существующие, предвидеть потенциальные и распознавать скрытые потребности). Во-вторых, это удовлетворение потребностей и спроса, т.е. предоставление ценности потребителю. В-третьих, объектом маркетинговой деятельности являются не только товары, но и услуги, организации, люди, территории, идеи. В-четвертых, маркетинг - это способ повышения эффективности предпринимательской деятельности, т.е. деятельности, направленной на получение прибыли, а значит, маркетинг только тогда правильно организован, когда он способствует устойчивой прибыли.

Отличительная особенность современного понимания маркетинга состоит в том, что удовлетворение потребностей происходит не только путем предоставления товаров и услуг, но также за счет предложения ценности, т.е. целого комплекса материальных и эмоциональных выгод

для потребителя. Это позволяет понять основные принципы и цели, лежащие в основе любой маркетинговой деятельности [9].

Для восприятия сути маркетинга необходимо рассмотреть следующие понятия: нужда, потребность, товар, запрос, обмен, сделка.

Маркетинг начинается с выявления нужд и потребностей. Нужда — чувство ощущаемое человеком нехватки чего-либо. Нужды у различных людей разнообразны: физиологические — в еде, одежде, тепле и безопасности; социальные — в любви и внимании; индивидуальные — в знаниях и самовыражении. Для маркетинга в здравоохранении это понятие означает чувство нездоровья и желание больного стать здоровым.

Потребность — нужда, принявшая специфическую форму в соответствии с культурным уровнем, личностью индивида и предложениями рынка медицинских услуг. Нужда быть здоровым определяет потребность поиска средств и способов выздоровления. Потребность выражается в объектах, устройствах, приспособлениях, способных удовлетворить нужду (например, больной человек испытывает потребность не в конкретном лекарственном средстве, а нуждается он в устранении симптомов болезни).

Запрос — это потребность, подкрепленная покупательской способностью. Таким образом, выбор товаров, удовлетворяющих их потребности, они стремятся осуществить на ту сумму, которой располагают.

Человеческие нужды, потребности, запросы наводят на мысль о предложении товаров или услуг для их удовлетворения.

Товар (продукция) — это продукт, предлагаемый рынку и предназначенный для удовлетворения нужд и потребностей путем обмена. Понятие товара не ограничено материальными объектами.

Различают материализованные и нематериализованные продукты человеческой деятельности, труда.

Товар — материализованный продукт человеческой деятельности, произведенный для продажи. В медицине это изделия фармацевтической промышленности и медицинская техника.

Услуга — нематериализованный, неосязаемый продукт человеческой деятельности, предложенный одной стороной и предоставленный другой стороне. В медицине — это медицинские услуги.

Маркетинг имеет место в тех случаях, когда люди решают удовлетворить свои нужды и запросы с помощью обмена.

Обмен — это акт получения желаемого товара от кого-либо, предложение чего-либо взамен. Для того, чтобы обмен состоялся, необходимо наличие пяти условий:

- сторон должно быть как минимум две;
- каждая сторона должна располагать чем-то, что могло бы представлять ценность для другой стороны;
- каждая сторона должна быть способна осуществлять коммуникацию и доставку своего товара;
- каждая сторона должна быть совершенно свободной в принятии или отклонении предложения другой стороны;
- каждая сторона должна быть уверена в целесообразности или желательности иметь дело с другой стороной;
- коммерческий обмен ценностями между двумя сторонами называется сделкой. На рынке медицинских услуг в зависимости от формы собственности различают денежные и бартерные сделки (обмениваются услуги, готовая продукция, идеи). Сделка предполагает наличие нескольких условий - по меньшей мере, два ценностно-значимых объекта [10].

Рыночный механизм характеризуется способностью достигать подвижного, динамического равновесия между спросом и предложением.

Спрос – это количество медицинских услуг, которые желают и могут приобрести пациенты по определённой цене.

Предложение – это количество медицинских услуг, которое можно оказать в определённый период времени.

Различают следующие виды спроса на рынке медицинских товаров и услуг:

Отрицательный спрос: на прививки, прием к врачам отдельных специальностей, болезненные, дорогостоящие процедуры и др.

Скрытый спрос. Когда отдельные пациенты могут испытывать потребность, которую невозможно удовлетворить с помощью имеющихся на рынке медицинских товаров и услуг, например: услуги семейного врача, одноразовые изделия медицинского назначения, сервисные услуги, индивидуальное питание в стационаре и др.

Падающий спрос. Например, в последнее время упал спрос на шприцы, системы переливания крови многократного использования, гипотензивные препараты отечественного производства, поэтому рынок отреагировал повышенным предложением на шприцы и системы

переливания крови одноразового использования, импортные лекарственные препараты.

Нерегулярный спрос. Это сезонные временные колебания. Например, спрос на санаторно-курортное лечение выше в весенне-летний период, чем в осенне-зимний. Обращения к отдельным врачам-специалистам зависят от сезонности некоторых заболеваний (грипп, язвенная болезнь, вирусный гепатит и др.).

Чрезмерный спрос. В здравоохранении наблюдается чрезмерный спрос на urgentную медицинскую помощь в праздничные и после праздничные дни, когда больные, страдающие хроническими заболеваниями, нарушают диету, режим, злоупотребляют алкоголем; возрастает уровень травматизма. Применительно к здравоохранению предложение — это количество медицинских товаров и услуг, которое производители могут оказать за определенный период времени населению. Предложение, при прочих равных условиях, также меняется в зависимости от изменения цены: по мере роста цен производители (продавцы) предлагают пациентам большее количество товаров и услуг. При падении цены их заинтересованность уменьшается и соответственно уменьшается объем производимых ими товаров и услуг. Наиболее сложный объект стандартизации в здравоохранении — медицинские услуги. Необходимость стандартизации медицинских услуг определяется потребностями населения в получении доступной и качественной медицинской помощи, а также появлением принципиально новых медицинских технологий, лекарственных средств, изделий медицинского назначения, оборудования [11].

Принципы маркетинга - это базовые основы маркетинга, обусловленные законами и закономерностями развития мировой экономики, а также мирового и региональных рынков. Принципы маркетинга определяют поведение всех участников слаженного, единого и согласованного процесса создания, выпуска и последующей реализации продукта. Принципы маркетинга являются фундаментальной основой успешной производственно-хозяйственной, экономической и коммерческой деятельности.

Основные принципы маркетинга – это положения, согласно которым:

- 1) производство и последующая продажа товара должны осуществляться в соответствии с потребностями и желаниями покупателей, а также соответствовать текущей рыночной ситуации и производственным и финансовым ресурсам и возможностям компании;
- 2) цель компании – не только собственное благополучие, но и

возможно более полное удовлетворение потребностей покупателей, соответствие продукции современному техническому уровню;

3) эффективная реализация товаров и услуг на конкретных определенных рынках в плановом объеме и в намеченный срок;

4) постоянное улучшение и обновление ассортимента выпускаемых и реализуемых товаров;

5) единство маркетинговой стратегии и тактики для незамедлительного реагирования на колебания спроса, а также воздействия на формирование и стимулирование потребностей покупателя.

Принципы маркетинга, составляющие основу рыночной деятельности компании, дополняются также другими принципами, в числе которых принцип скользящего планирования, который предусматривает постоянную и непрерывную корректировку показателей деятельности компании в зависимости от меняющихся уровней инфляции, ставок налогов, роста зарплаты и прочих переменных. В соответствии с принципом скользящего планирования предусматриваются создание резервных фондов. Дополняются принципы маркетинга и принципом поливариантности, согласно которому при разработке планов развития компании и различных маркетинговых программ компания готовит несколько вариантов таких планов и программ на все случаи развития событий – от наихудшего до наилучшего. Необходимо отметить, что выборочное соблюдение отдельных принципов недопустимо – все принципы маркетинга должны реализовываться комплексно [12].

Целью современного маркетинга является не продажа товара или услуги любым способом (включая обман покупателя), а удовлетворение потребностей клиентов.

Цель маркетинга — привлекать новых клиентов, обещая им высшую потребительскую ценность, и сохранять старых клиентов, постоянно удовлетворяя их меняющиеся запросы.

Главная цель маркетинга, как его понимают сегодня, заключается в обеспечении для компании возможности добиваться объема продаж, необходимого ей для прибыльной деятельности и устойчивого финансового положения. Для этого компания осуществляет оценку потребностей и возможностей рынка и на этой основе разрабатывает соответствующую продуктовую, ценовую, сбытовую и коммуникационную политику.

Такая организация бизнеса может быть представлена в виде следующей модели (рис. 4).



Рис. 3 Субъекты рынка

Основная задача маркетинга — понять нужды и потребности каждого рынка и выбрать те из них, которые их компания может обслуживать лучше других. Это позволит компании производить товары более высокого качества и тем самым увеличивать объемы продаж и повышать свои доходы путем лучшего удовлетворения потребностей целевых покупателей.

Маркетинг начинается еще задолго до того, как у компании появляется готовый продукт. Маркетинг начинается с того, что менеджеры выявляют потребности людей, вычисляют их интенсивность и объем, определяют возможности компании по их удовлетворению. Маркетологи продолжают работать над товарами на протяжении всего его жизненного цикла. Они пытаются найти новых потребителей и удержать уже существующих, улучшая потребительские свойства товара и используя для этой цели отчеты о продажах и обратную связь. Если специалист по маркетингу хорошо потруился — правильно понял потребности клиента, создал товар, отвечающий требованиям покупателей, назначил разумную цену, правильно распространил товар и провел рекламную кампанию, то продавать такой товар будет очень легко [13].

Маркетинг в здравоохранении

Под медицинским маркетингом необходимо понимать деятельность, направленную на получение полной информации о потребностях населения в различных видах медико-социальной помощи, обеспечивающей сохранение общественного здоровья. В широком понятии маркетинг в здравоохранении представляет собой систему принципов, методов и мер, базирующихся на коллективном изучении спроса потребителей и целенаправленном формировании предложений медицинских товаров и услуг производителем.

Основными видами маркетинга в здравоохранении являются маркетинг медицинских услуг, организации, отдельных лиц, места и идей.

Маркетинг медицинских услуг представляет собой процесс разработки, продвижения и реализации этих услуг, ориентированный на выявление специфических потребностей клиентов. Маркетинг организаций — это деятельность, предпринимаемая с целью создания имиджа, поддержки или изменения отношения населения к конкретному медицинскому учреждению. Для этого необходимо провести самооценку своей деятельности, а также ее оценку населением с целью выявления как положительных, так и отрицательных сторон работы. Далее разработать план маркетинга организации с целью формирования образа, который она хотела бы иметь, с учетом реальных возможностей.

Маркетинг отдельных лиц — это деятельность, предпринимаемая для создания, поддержания или изменения мнения по отношению к конкретным лицам. Это популяризация ведущих специалистов, знаменитостей в области здравоохранения.

Маркетинг мест — это деятельность, предпринимаемая с целью создания, поддержания или изменения отношения населения к конкретной местности, где находится ЛПУ. Маркетинг мест рекреации и лечения проводится с целью привлечения отдыхающих и желающих получить курс лечения в санаторно-курортных и лечебных учреждениях в конкретных климатогеографических зонах, городах, регионах страны.

Маркетинг идей — это разработка и претворение в жизнь идей здравоохранения общественного характера: пропаганда здорового образа жизни; кампании по борьбе с курением, наркоманией; кампании, касающиеся проблем планирования семьи и т. д.

В сферу маркетинга здравоохранения входят все виды товаров и услуг, информация, идеи, события, специалисты, учреждения, организации и т.д., имеющие отношение к сохранению и укреплению здоровья населения [5].

Управление маркетингом

Управление маркетингом — это анализ, планирование, претворение в жизнь и контроль за проведением мероприятий, рассчитанных на установление, укрепление и поддержание выгодных обменов с целевыми покупателями ради решения определенных задач организации: получение прибыли, рост объема сбыта, увеличение доли рынка.

Управляющий по маркетингу — специалист, занимающийся созданием и расширением спроса, проблемами его изменения и сокращения, изыскивающий столько клиентов, сколько нужно для реализации всего объема услуг или продукции, производимой организацией в данный момент.

Задача управления маркетингом заключается в воздействии на уровень и характер спроса таким образом, чтобы это помогло организации в достижении целей. Например, при конверсионном маркетинге (отрицательном спросе) задача маркетолога — проанализировать неприятия рынка к товару и услуге; при ремаркетинге — переосмысление подхода к предложению услуги.

В целом маркетинговая деятельность организации предполагает несколько основных подходов, концепций. Первый и самый важный — это совершенствование самого производства товаров и услуг. Он используется в двух случаях:

- когда спрос на товары превышает предложение;
- когда себестоимость товаров очень высока, что требует повышения производительности труда.

Этой концепции придерживаются многие медицинские учреждения. К сожалению, при обслуживании большого количества пациентов поступают претензии в адрес медицинских работников по поводу безличности и равнодушия к больным.

Вторая концепция — совершенствование товара. Потребители более расположены к товарам, сочетающим в себе высокое качество, лучшие эксплуатационные свойства и характеристики. Однако производитель не должен сильно «любить» собственный товар, так как может упустить

из вида нужды потребителей (ситуация «маркетинговой близорукости»).

Следующий подход, которого придерживаются многие производители, предполагает интенсификацию коммерческих усилий. Это означает, что организация предпринимает все для увеличения сбыта своих товаров, повышая уровень их реализации.

Тем самым нарушается концепция маркетинга, суть которой в том, что нужно отыскать потребности и удовлетворить их. В отличие от предыдущей концепции, коммерческие усилия по сбыту — это сосредоточенность на нуждах продавца, а маркетинг — это сосредоточенность на нуждах покупателя.

Руководствуясь концепцией маркетинга, медицинские учреждения строят свою «производственную» деятельность с расчетом обеспечения удовлетворенности пациентов, получая доход благодаря именно потребительской удовлетворенности в медицинских услугах.

Подход последнего времени — концепция социально-этичного маркетинга. Его задачей является установление нужд и интересов целевых рынков, обеспечение желаемой удовлетворенности более эффективными и продуктивными способами с одновременным сохранением и укреплением благополучия и безопасности потребителя, общества в целом. Эта концепция подразумевает сбалансированность прибылей производителей, покупательских потребностей и благосостояния общества.

Для маркетинга в области медицины характерна концепция социально-этического маркетинга, т.е. медицинская организация должна не только наиболее полно и эффективно удовлетворять выявленные запросы потребителей, но также поддерживать и улучшать здоровье и благосостояние всех членов общества.

В целом процесс управления маркетингом состоит из следующих этапов:

- анализ рыночных возможностей;
- отбор целевых рынков;
- разработка комплекса маркетинга;
- претворение в жизнь маркетинговых мероприятий.

1. *Анализ рыночных возможностей* позволяет понять позиции и потенциал компании на рынке. Он включает анализ внешнего окружения компании и ее внутренней среды организации, в том числе:

- анализ потребителей (существующих и потенциальных): нужды, потребности, спрос, неудовлетворенные потребности, сегментация;
- анализ конкурентов: интенсивность, факторы конкуренции, стратегии и позиционирование конкурентов, распределение рынка между конкурентами, их сильные и слабые стороны;
- анализ рынка: емкость, динамика и тенденции изменения, доля компании на рынке и ключевые факторы успеха;
- анализ факторов макросреды фирмы, т.е. тех политических, экономических, научно-технических, социальных и прочих сил, которые воздействуют на компанию опосредованно;
- анализ деятельности поставщиков, посредников и контрагентов, в том числе уровень цен;
- анализ внутренней среды компании, в том числе ее сильных и слабых сторон, конкурентных преимуществ, а также возможностей укрепления сильных сторон и реализации ее конкурентных преимуществ [9].

Методы управления маркетингом представляют собой способы практической реализации утвержденного плана управления маркетингом, причем их совокупность является системой управленческих стратегий.

Процесс управления маркетингом – комплекс действий, направленных на достижение целей фирмы, а технология процесса управления представляет собой определенную последовательность действий, предпринимаемых маркетинговой службой, а именно:

- сбор необходимой для проведения анализа информации о специфике рынка и существующей конкуренции;
- своевременная реакция на основные рыночные процессы;
- анализ психологии потребителя и моделирование его поведения и в зависимости от этого разработка актуальных управленческих решений.

Стратегия и тактика – управления маркетингом представляют собой две различные категории управления маркетингом.

Стратегическое управление – управление фирмой, базирующееся на потенциале сотрудников фирмы и направленное на удовлетворение запросов потребителей, своевременное принятие решений о действиях фирмы в изменившихся рыночных условиях, а также по достижению конкурентных преимуществ, что в целом позволяет фирме добиваться своих целей в долгосрочном периоде.

Тактическое управление маркетингом – совокупность определенных приемов, учитывающих сложившиеся на рынке ценовые и денежные возможности, специфику целевой аудитории, необходимость эффективного применения маркетингового давления, а также величину бюджета маркетинговой кампании и способы ее контроля. Управленческие решения в маркетинге могут приниматься как на уровне среднего звена, так и высшим руководством компании.

Выделяют следующие основные группы принципов управления маркетингом:

- ✓ принципы концептуального ориентирования;
- ✓ тактические и проектировочные принципы.

Основные функции управления маркетингом:

- разработка маркетингового плана;
- практическая реализация принятых программ и стратегических решений;
- контроль маркетинговой деятельности;
 - регулирование и экспертный мониторинг рыночного позиционирования фирмы [14].

Тестовые вопросы:

1. Что является основным в определении сути маркетинга?
 - а) сбыт товаров
 - б) снижение издержек производства
 - в) удовлетворения потребностей потребителей
 - г) установление цен на товары
 - д) увеличение прибыли

2. С точки зрения маркетинга товар — это:
 - а) продукт труда предназначен для продажи
 - б) результат исследований, разработок и производства
 - в) все, что предлагается на рынке с целью удовлетворения потребностей потребителей
 - г) все товары на предприятиях
 - д) чувство ощущаемой человеком нехватки чего-либо

3. Обмен отличается от сделки:
 - а) отсутствием документального оформления
 - б) сделка может состояться только при наличии более одного равнозначного объекта
 - в) обмен может происходить только аналогичными товарами
 - г) при сделки необходимо более 2-х сторон
 - д) нет правильного ответа

4. Чувство ощущаемой человеком нехватки чего-либо — это:
 - а) нужда
 - б) товар
 - в) потребность
 - г) запрос
 - д) услуга

5. Нематериализованный, неосязаемый продукт человеческой деятельности, предложенный одной стороной и предоставленный другой стороне — это:
 - а) потребность
 - б) услуга
 - в) обмен
 - г) товар
 - д) долг

6. Сколько различают видов спроса на рынке медицинских товаров и услуг:

- а)3
- б)6
- в)2
- г)5
- д)4

7. Акт получения желаемого товара от кого-либо, предложение чего-либо взамен— это:

- а) нужда
- б) товар
- в) обмен
- г) запрос
- д) сделка

8. Разработка и претворение в жизнь идей здравоохранения общественного характера (пропаганда здорового образа жизни; кампании по борьбе с курением) является –

- а) маркетинг идей
- б) маркетинг мест
- в) маркетинг отдельных лиц
- г) маркетинг предприятий
- г) нет правильного ответа

9. Когда отдельные пациенты могут испытывать потребность, которую невозможно удовлетворить с помощью имеющихся на рынке медицинских товаров и услуг, этот спрос является

- а) скрытым
- б) непостоянным
- в) падающим
- г) нерегулярным
- д) отрицательным

10. Количество медицинских услуг, которые желают и могут приобрести пациенты по определённой цене

- а) спрос
- б) услуга
- в) предложение
- г) обмен
- д) нет правильного ответа

1. Маркетинговые исследования

Маркетинг (англ. - *marketing*, от *market* - рынок) означает деятельность, связанную с обеспечением успешных продаж фирмы на рынке. Огромное количество существующих определений маркетинга отражает многоликость этого термина, разнообразие решаемых им задач и используемых инструментов, а главное - разнообразие трактовки идеи «успешных продаж». Маркетинг можно рассматривать как:

- вид управленческой деятельности или процесс;
- концепцию управления;
- научную дисциплину.

Существует несколько различных определений маркетинга как вида деятельности или функции организации. Между первым и последним по времени его определением - длинный путь (см. приложение 1). Первое определение описывает маркетинг как комплекс действий по сбыту: организация распределения товаров, торговля, стимулирование продаж, реклама и т.п. Именно с этого начинался маркетинг, и сегодня большая часть маркетинговых функций сосредоточена в сфере распределения товаров. Поэтому такое понимание маркетинга встречается до сих пор, в то время как на практике маркетинг часто отождествляется с коммерческой деятельностью или с рекламой.

Однако маркетинг - это не только деятельность по сбыту. Нельзя забывать и о других его аспектах. Во-первых, маркетинг - это способность «слышать потребителя», *понимать* его нужды и потребности (понимать в широком смысле: знать существующие, предвидеть потенциальные и распознавать скрытые потребности). Во-вторых, это *удовлетворение* потребностей и спроса, т.е. предоставление ценности потребителю. В-третьих, объектом маркетинговой деятельности являются не только товары, но и услуги, организации, люди, территории, идеи. В-четвертых, маркетинг - это способ повышения эффективности предпринимательской деятельности, т.е. деятельности, направленной на *получение прибыли*, а значит, маркетинг только тогда правильно организован, когда он способствует устойчивой прибыли.

Отличительная особенность современного понимания маркетинга состоит в том, что удовлетворение потребностей происходит не только путем предоставления товаров и услуг, но также за счет предложения ценности, т.е. целого комплекса материальных и эмоциональных выгод

для потребителя. Это позволяет понять основные принципы и цели, лежащие в основе любой маркетинговой деятельности.

Маркетинговое исследование - это тщательно организованное объективное измерение, сбор, анализ и распространение информации, позволяющее маркетинговым менеджерам более эффективно использовать рыночные возможности за счет своевременного выявления и решения маркетинговых проблем.

Маркетинговые исследования играют ключевую роль в бизнесе. С их помощью менеджеры принимают решения по сегментированию рынка и выбору целевого рынка, по разработке маркетинговых комплексов, а также по организации контроля их реализации. При этом со временем менеджеры начинают все более тесно сотрудничать с исследователями рынка. Первоначально маркетинговые менеджеры использовали исследования лишь для оценки роли тех или иных рыночных факторов и на основе этой информации принимали решение. Затем исследования стали все чаще применяться для тестирования конкретных вариантов действий (например, разных вариантов позиционирования товара), т.е. осуществлять информационное обеспечение маркетинговых решений. исследования, направленные на выявление маркетинговых проблем, призваны решать полностью или хотя бы частично следующие задачи.

1. Оценка потенциала рынка

Речь идет об определении потенциального суммарного числа продаж всех конкурирующих между собой товаров данного вида (емкость рынка). Без такой информации невозможно, например, решить вопрос о целесообразности выхода на тот или иной рынок. Нужна эта информация и для работающей на рынке фирмы. Так, если рынок в целом имеет тенденцию к росту, у фирмы повышаются шансы для увеличения продаж своего товара.

2. Оценка долей рынка, принадлежащих каждой из конкурирующих фирм или каждому из конкурирующих товаров определенного вида Менеджерам необходимо постоянно следить за тем, какую позицию на рынке занимают их фирма и каждый из ее конкурентов. Это нужно прежде всего для выбора рыночной стратегии. Дж. Траут (2009) убедительно демонстрирует, что, например, стратегия «лобового наступления» на лидера может применяться только компанией, занимающей близкую к лидеру долю рынка; для остальных она губительна.

3. Оценка характеристик рынка

Под рынком имеются в виду те, кто потребляют или могут потреблять товары данного типа. Например, если фирма планирует

вывести на рынок новый пломбировочный материал, то под «рынком» здесь понимается рынок пломбировочных материалов в целом и изучаются все, кто его использует.

Например, на рынке стоматологических услуг больше половины занимают стоматологи-терапевты, среди них есть и детские стоматологи-терапевты.

На рисунке 5 приведены уровень спроса различных стоматологических услуг.

Мы видим, что спрос в во взрослой терапевтической помощи составляет 25%, а детской - 20% среди всех видов стоматологических услуг. Если эти различия статистически значимы, одной из характеристик рынка можно считать его особенность в плане уровня спроса. Значит, пломбировочный материал можно считать преимущественно материалом, используемым во взрослой терапии, и продвигать с учетом этого обстоятельства.

Впрочем, из этого можно также сделать вывод о большом потенциале развития рынка детской стоматологической помощи.

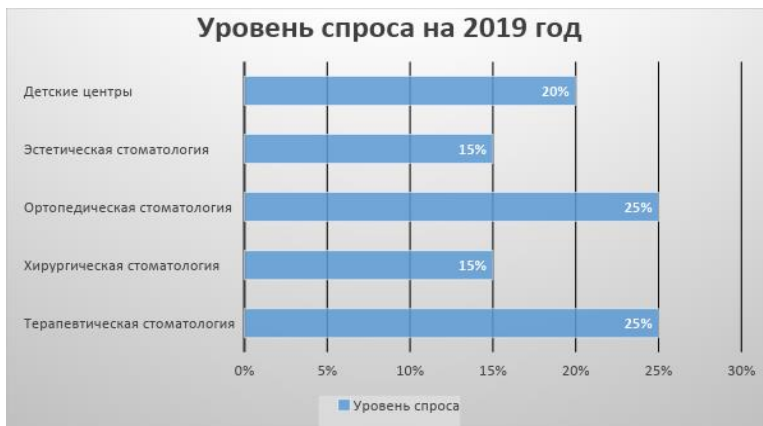


Рисунок 5 Уровень спроса на 2019 год.

Заметим, однако, что к оговорке о статистической значимости следует отнестись с вниманием. Поэтому мы должны знать с каким диагнозом чаще всего обращаются, специфику работы с детьми и удобство в использовании.



4. Исследования имиджа товара или компании

Научно-технический уровень производства продукции на многих фирмах сегодня настолько высок, что их товары становятся все менее различимыми для потребителей. Отсюда выбор чаще основан на эмоциях, а значит, образ, с которым ассоциируется бренд, зачастую оказывается важнее объективных факторов. Так, в цене продукции компании Tokuyama Dental (Япония) и Kerr (Германия) стоимость собственно производства составляет лишь 30%, а 70% - надбавка за высокий имидж компании, хотя по свойствам и качеству им не уступает российский аналог «Реставрин» от TechnoDent. Изучение сложившегося имиджа фирмы или товара, а также конкурирующих с ней фирм и товаров - задача исследований, направленных на выявление проблем. Необходимо понять, восприняли ли потребители намеченное компанией позиционирование товаров (например, какой реставрационный материал предназначен для реставрации фронтальных зубов, а какой - для боковой группы зубов). Вопрос же о том, как этот имидж улучшить, как изменить позиционирование фирмы или товара,



как позиционировать новый товар - задача исследований, направленных на решение проблем, о чем речь пойдет ниже.

5. Исследование продаж. Очень важно наладить на фирме постоянный анализ динамики продаж собственных товаров. Такие исследования позволяют вовремя обнаружить те или иные тенденции рынка. Этот анализ особенно полезен, если проводится в разных

направлениях. Например, анализ по дистрибьюторам позволяет выявить узкие места в сети распространения, чтобы вовремя принять меры по повышению эффективности каналов распространения товара.

На основе описанных 5 типов исследований фирма получает возможность не только оценить современное состояние рынка, но и, поняв тенденции, заглянуть в его будущее. Между тем очевидно, что фирма, которая правильнее оценит тенденции на будущее, может добиться серьезных рыночных преимуществ, так как она отреагирует раньше других. Однако понимания логики будущего развития еще недостаточно для принятия верных маркетинговых решений, надо также найти наиболее рациональные способы реакции на такого рода возможности или угрозы.

Этапы комплексного маркетингового исследования

Сконцентрируем внимание еще на одном аспекте маркетинговых исследований - на том, что их проведение всегда тщательно планируется и носит продуманный характер. Существует определенная последовательность из 6 этапов работ по реализации комплексного маркетингового проекта. Первые 3 этапа подготовительные. В ходе их выполнения осуществляются выбор и последовательная детализация применяемых схем и методик, для чего нередко проводят поисковые исследования. А 4-6-й этапы касаются собственно исследования и анализа его результатов.

Этап 1. Постановка задачи. На этом этапе формируется ясное представление о цели исследования. Выясняется, какая информация должна быть получена и как на ее основе будут приниматься маркетинговые решения.

Этап 2. Разработка подхода к решению задачи. На этом этапе строится теоретический каркас исследования, подбираются теоретические модели, ставятся исследовательские вопросы, выдвигаются гипотезы.

Этап 3. Разработка плана исследования. На этом этапе решается, какие схемы и методы исследований будут использоваться. Например, какие исследования будут применяться - поисковые, описательные, причинные? Если решено проводить описательные исследования, выбирают метод, который будет использоваться для сбора информации: опрос или наблюдение; по какой схеме будут получать информацию - однократно или периодически; если периодически, то от одних и тех же респондентов или от разных.

План проведения маркетингового исследования может быть весьма сложным и многоэтапным. Более того, еще на стадии разработки плана

комплексного маркетингового исследования могут потребоваться поисковые исследования: для уточнения изучаемых переменных, для разработки шкал, по которым будет проводиться их измерение. Если речь идет об опросах, разрабатываются анкета и план построения выборки.

Как мы видим, при проведении первых этапов происходит последовательное движение от общего к частному. Важно избежать опасного «перепрыгивания» через какие-либо ступени, чтобы не снизить результативность исследования (например, решают провести опрос и составляют анкету по принципу «интересно спросить». А при анализе результатов оказывается, что собрана масса лишней информации, а необходимые данные отсутствуют). Допустим, мы хотим оценить, сколько приблизительно пива выпивает за месяц тот или иной респондент. Для этого мы спрашиваем, часто ли он пьет пиво, но при этом узнать, какова типичная для него разовая порция, забываем.

Этап 4. *Полевые работы*: сбор и первичный (полевой) контроль данных. От качества выполнения этих действий во многом зависят размеры погрешностей, неизбежно сопровождающих всякую, в том числе и маркетинговую, информацию.

Этап 5. *Подготовка и анализ данных*. На этой стадии еще раз проверяются анкеты. Дефектные анкеты, если можно, уточняются, а если сделать это нельзя, удаляются. Проводится кодирование открытых и полуоткрытых вопросов, после чего данные вводят в компьютер; затем выполняется их компьютерный контроль: проверка логических соответствий между ответами на разные вопросы.



Завершается этап анализом данных. В зависимости от ситуации здесь может использоваться как относительно простое, так и чрезвычайно сложное программное обеспечение. Один из наиболее совершенных комплексов программ для анализа данных маркетинговых исследований называется *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*.

Этап 6. *Подготовка отчета и проведение презентации*. В отчете даются ответы на основные вопросы и наглядно демонстрируются главные выводы исследования. Кроме того, иногда проводится презентация результатов работы [9].

Вопросы к теме:

1. Что не входит в анализ рыночных отношений?

- а) анализ рынка
- б) анализ конкурентов
- в) анализ потребителей
- г) анализ спектральных характеристик
- д) анализ факторов макросреды фирмы

2. Основное внимание в маркетинге уделяется?

- а) качеству товаров;
- б) обеспечению объема продаж;
- в) удовлетворению потребностей клиентов;
- г) взаимодействию с посредниками;
- д) стимулированию продаж.

3. Метод сбора информации путём установления контактов с объектами исследования называется:

- а) опрос;
- б) имитация;
- в) эксперимент;
- г) наблюдение;
- д) панель.

4. Планирование маркетинга стоматологической клиники включает следующие этапы за исключением:

- а) анализ текущего и будущего положения клиники (анализ ситуации).
- б) определение целей и стратегии для их достижения.
- в) выбор инструментов и аппаратов, позволяющих наиболее эффективно, с точки зрения достижения целей, реализовать избранные стратегии.
- г) определение ценовой политики (платежеспособность пациентов)
- д) экзистенциальный анализ

2. СЕГМЕНТАЦИЯ РЫНКА

Одним из основных направлений маркетинговой деятельности является сегментация рынка, позволяющая аккумулировать средства предприятия на определенном направлении своего бизнеса. К настоящему времени в экономической литературе достаточно четко обозначены понятия целевого рынка и целевого сегмента, выделение которых и является основной целью сегментации рынка. *Целевой рынок* – это потенциальный рынок фирмы, который определяется совокупностью людей со схожими потребностями в отношении конкретного товара или услуги достаточными ресурсами, а также готовностью и возможностью покупать [17].

Целевой сегмент – это однородная группа потребителей целевого рынка фирмы, обладающая схожими потребностями и покупательскими привычками по отношению к товару фирмы [18].

Таким образом, *сегментация рынка* – это деятельность по выявлению потенциальных групп потребителей конкретного товара предприятия. В стоматологии данным товаром являются предоставляемые медицинские услуги.

Схема сегментации рынка

Общая схема сегментации рынка представлена (на рис. 6). Подобная схема сегментации рынка носит общий характер и может быть применена при планировании различных направлений маркетинговой деятельности.

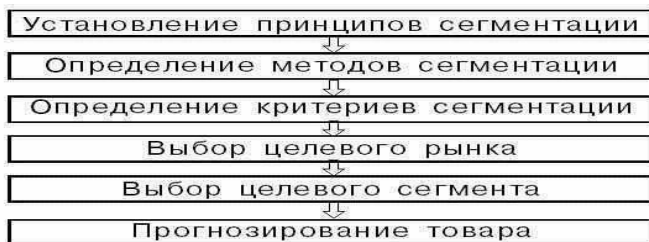


Рис. 6 Общая схема сегментации рынка

Отметим, что приведенная схема сегментации рынка соответствует подходу, предложенному Ламбенем [18] и учитывающему проведение макросегментации для выявления базового (иначе, целевого) рынка и микросегментации для определения целевого сегмента предприятия. Данная схема, в свою очередь, является

развитием схем сегментации, предложенных в других исследованиях [19,20].

Рассмотрим подробно отдельные этапы общей процедуры сегментации рынка.

Принципы сегментации

Для проведения успешной сегментации рынка целесообразно применять апробированные практической деятельностью пять принципов [17]:

- различия между сегментами, сходства потребителей, большой величины сегмента,
- измеримости характеристик потребителей, достижимости потребителей.

Принцип *различия между сегментами* означает, что в результате проведения сегментации должны быть получены различающиеся друг от друга группы потребителей. В противном случае, сегментация неявно будет подменена массовым маркетингом.

Принцип *сходства потребителей* в сегменте предусматривает однородность потенциальных покупателей с точки зрения покупательского отношения к конкретному товару, услуге. Сходство потребителей необходимо для того, чтобы можно было разработать соответствующий маркетинговый план для всего целевого сегмента. Например: Для любых сегментов рынка необходимо качество стоматологических услуг, это и является средством.

Требование *большой величины сегмента* означает, что целевые сегменты должны быть достаточно большими для обеспечения продаж и покрытия издержек предприятия. При оценке величины сегмента следует учитывать характер продаваемого товара и емкость потенциального рынка.

Так, на потребительском рынке количество покупателей в одном сегменте может измеряться десятками тысяч, тогда как на промышленном рынке большой сегмент может включать менее сотни потенциальных потребителей (например, для систем сотовой или спутниковой связи, для потребителей энергомашиностроительной продукции и т.д.).

Измеримость характеристик потребителей необходима для целенаправленных полевых маркетинговых исследований, в результате которых можно выявлять потребности потенциальных покупателей, а также изучать реакцию целевого рынка на маркетинговые действия предприятия. Данный принцип крайне важен, так как распространение товара «вслепую», без обратной связи от потребителей, ведет к

распылению средств, трудовых и интеллектуальных ресурсов фирмы-продавца.

Принцип *достижимости потребителей* означает требование наличия каналов коммуникации фирмы-продавца с потенциальными потребителями. Такими каналами коммуникации могут быть газеты, журналы, радио, телевидение, средства наружной рекламы и т.п.

Достижимость потребителей необходима для организации акций продвижения, иначе информирования потенциальных покупателей о конкретном товаре: его характеристиках, стоимости, основных достоинствах, возможных распродажах и т.п.

В основе процедуры сегментации рынка, наравне с применением принципов сегментации, лежит и обоснованный выбор соответствующего метода сегментации.

Методы сегментации

Наиболее распространенными методами сегментирования рынка являются метод группировок по одному или нескольким признакам и методы многомерного статистического анализа. Отметим особенности этих методов по результатам представленным в литературе [20].

Метод группировок состоит в последовательной разбивке совокупности объектов на группы по наиболее значимым признакам. Какой-либо признак выделяется в качестве системообразующего критерия (владелец товара, услуги, потребитель, намеревающийся приобрести товар, услугу), затем формируются подгруппы, в которых значимость этого критерия значительно выше, чем по всей совокупности потенциальных потребителей данного товара. Путем последовательных разбивок на две части выборка делится на ряд подгрупп.

На рис. 7 представлена схема последовательных разбивок по методу АШ (автоматического детектора взаимодействия), который получил широкое распространение в процедурах сегментации. Подобные методы перебора вариантов достаточно часто используются при сегментации рынка. Например, в исследовании Карпова [19] подобный подход предложен как приоритетный метод выбора целевого рынка.



Рис. 7 Схема классификации по методу АШ [20].

Для целей сегментации также используются методы многомерной классификации, когда разделение происходит по комплексу анализируемых признаков одновременно. Наиболее эффективными из них являются методы автоматической классификации, или иначе кластерного анализа.

В этом случае, схемы классификации базируются на следующих предположениях. В один класс объединяются потребители, сходные между собой по ряду признаков.

Степень сходства у потребителей, принадлежащих к одному классу, должна быть выше, чем степень сходства у людей, принадлежащих к разным классам.

С помощью подобного метода решается задача типизации с одновременным использованием демографических, социально-экономических и психографических показателей. В качестве примера отметим решение задачи о сегментации рынка путем построения типологии потребителей, под которой понимается разделение потребителей на типические группы, имеющие одинаковое или схожее потребительское поведение. Построение типологии – это процесс разбивки исследуемой совокупности объектов на достаточно однородные и устойчивые во времени и пространстве группы.

В действительности объективно существуют достаточно однородные группы (классы) потребителей с характерным для каждой из них типом потребительского поведения. С помощью методов многомерной статистики такие группы могут быть выделены и проанализированы.

Например, в исследовании Гольцова [21] методом многофакторного моделирования была проведена сегментация рынка тракторной техники, что позволило скорректировать планы производства предприятия и формы сбыта продукции.

Как следует из вышеизложенного, после определения принципов и методов сегментации основным этапом перед проведением собственно сегментации выступает выбор обоснованных критериев данной процедуры. Очевидно, что указанные критерии будут различными для потребительского и промышленного рынков. Рассмотрим их раздельно.

Критерии сегментации потребительского рынка

Потребительский рынок – это рынок конечных потребителей, которые приобретают товары для личного, домашнего или семейного пользования.

Сегменты потребительского рынка могут выделяться на основе региональных критериев, демографических критериев и критериев жизненного стиля потребителей.

Региональные критерии представляют собой основные отличительные характеристики городов, областей, регионов. Предприятие может использовать одну или несколько демографических особенностей для сегментации своего рынка. Стратегии сегментации делают упор на выделение и использование географических отличий.

Основные региональные критерии следующие.

- *Расположение региона* может отражать различия в доходе, культуре, социальных ценностях и других потребительских факторах. Например, один район может быть более консервативным, чем другой. В стоматологии же важной составляющей является экология, качество воды, наличие вредных объектов, так как от этого зависит здоровье зубов и полости рта.

- *Численность и плотность населения* показывает, достаточно ли в регионе людей, чтобы обеспечить сбыт и облегчить проведение маркетинговой деятельности. Не выгодно открывать частную стоматологию в отдалённых регионах, при необходимости его жители могут обратиться за помощью в ближайший районный центр.

- *Транспортная сеть региона* представляет собой сочетание массового общественного транспорта и автомагистралей. Регион с ограниченной сетью массового общественного транспорта, скорее всего имеет иные определенные потребности, чем регион с хорошо развитой системой транспорта и легковых автомобилей.

- *Климат* также может являться критерием сегментации рынка. Наличие суровой зимы и промозглой погоды приводит к обострениям хронических заболеваний, в том числе и стоматологических.

- *Структура коммерческой деятельности* в регионе включает ориентацию на туристов, рабочих и служащих, и других лиц,

проживающих в данном регионе. Туристов привлекают отели и кемпинги, рабочих – места общественного питания с быстрым обслуживанием, жителей городов – универмаги. Крупные города обычно располагают торговыми районами, пригороды имеют торговые центры. Каждый торговый район или центр имеет свой отличающийся образ и сочетание различных магазинов.

• *Доступность средств массовой информации* меняется по регионам и существенно сказывается на способности компании осуществлять сегментацию.

Например, один город имеет собственную телевизионную станцию, а другой – нет. Это затруднит розничной торговле во втором городе целенаправленный выход именно на потребителей в близкорасположенном районе. Многие национальные издания, особенно газеты и журналы, в настоящее время имеют региональные издания или вкладыши, чтобы позволить компаниям помещать рекламу в расчете на соответствующую региональную аудиторию.

• *Динамика развития региона* может характеризоваться стабильностью, падением или ростом. Компания, скорее всего, столкнется с «неразработанным» рынком в развивающемся регионе и с насыщенным рынком в стабильном или сокращающемся регионе.

Демографические критерии представляют собой основные особенности отдельных людей или их групп. Они часто используются в качестве базиса для сегментации, поскольку от них во многом зависят требования к покупкам.

Персональные демографические характеристики могут быть следующими.

• *Возрастные категории* – так можно разделить людей, например, на детей, подростков, взрослых и людей пожилого возраста. Возраст часто используется в качестве фактора сегментации. Детям необходим особый подход в стоматологии, как и пожилым.

• *Пол* также является важной сегментационной переменной, особенно для таких товаров, как текстиль, косметика, ювелирные украшения, личные услуги, например, парикмахерские услуги.

• *Уровень образования* может также использоваться для выделения рыночных сегментов. Малообразованные потребители тратят меньше времени на покупки, меньше читают и в большей мере предпочитают хорошо известные товарные марки, чем потребители, имеющие специальное или высшее образование. Последние более склонны сравнивать магазины, читать

некоммерческие источники информации и приобретать товар, который они считают наилучшим, независимо от того, хорошо он известен или нет.

- *Мобильность* характеризует, как часто потребитель меняет место жительства. Мобильные потребители опираются на общенациональные торговые марки и магазины, и неличностную информацию. Немобильные потребители опираются на приобретенные знания о различиях между отдельными магазинами и собственную информацию.
- *Дифференциация доходов* делит потребителей на группы с низкими, средними и высокими доходами. Каждая категория располагает различными ресурсами на приобретение товаров и услуг. Цена, которую взимает компания, помогает определить, на кого она ориентируется. Дорогие стоматологические услуги в районе, где живут люди со средним доходом не будут иметь спроса.
- *Профессия потребителей* может влиять на покупки. Например, строительный рабочий имеет другие требования к одежде и продуктам питания, чем лица, продающие вычислительную технику. Первые надевают фланелевые рубашки, джинсы, рабочие ботинки и приносят с собой обеды. Вторые носят костюмы-тройки, модную обувь и водят клиентов в рестораны.
- *Семейное положение и размер семьи* также могут составлять основу сегментации. Многие фирмы ориентируют свою продукцию или на холостых, или на семейных людей. Сегментация по размерам семьи порождает, например, различные размеры упаковки товаров.
- *Персонально-демографические профили* также часто используются при планировании сегментационной стратегии. Такие профили учитывают несколько факторов. Например, пол, образование, доход одновременно (для продажи автомобилей определенного класса).

Жизненный стиль потребителей определяет, как люди живут и расходуют время и деньги. Разрабатывая профили стилей жизни, фирмы могут выходить на четкие рыночные сегменты. Критерии жизненного стиля потребителей, важные при сегментации рынка, могут быть следующими.

- *Социальные группы* и этапы жизненного цикла семьи – первые возможные критерии рыночной сегментации.

- *Степень использования товара* относится к объему товара или услуг, которые приобретает потребитель. Потребитель может использовать совсем немного, немного или очень много. В 60-е годы Дик Уоррен Твелд придумал термин «тяжелая половина», чтобы описать сегмент рынка, на который приходится непропорционально большая доля общего сбыта товаров или услуг. В некоторых случаях менее 20 % потребителей делают более 80 % покупок [22].
- *Опыт использования* означает прежний опыт потребителя в отношении товара или услуги. Поведение не имеющих опыта потребителей существенно отличается от поведения потребителей, имеющих значительный опыт. Кроме того, фирма должна различать не пользователей, потенциальных пользователей и регулярных пользователей. Каждый из этих сегментов имеет различные потребности. Если человек уже ранее обращался за стоматологической помощью, он знает о примерной цене услуги, о её качестве, и если ранее она ему понравилась, то будет в поиске точно такой же услуги.
- *Приверженность торговой марке* может иметь три формы: отсутствие, определенная и полная. Если она отсутствует, то потребитель ничего не предпочитает, его привлекают распродажи, он часто меняет торговые марки и готов испробовать новые товары и услуги. Если существует определенная приверженность, то потребитель предпочитает несколько марок, его привлекают скидки по ним, он редко их меняет и обычно не стремится апробировать новые. При полной приверженности потребитель настаивает на одной марке, его не привлекают скидки по другим, он никогда не меняет марки и не будет пробовать новую. Если пациента всё устраивает он никогда не сменит клинику или конкретного врача.
- *Типы личности* – критерий сегментирования рынка, например, на интровертов и экстравертов, легкоубеждаемых и трудноубеждаемых. Потребители-интроверты более консервативны и систематичны в своем поведении при совершении покупок, чем экстраверты. Трудноубеждаемые люди негативно реагируют на интенсивную персональную продажу и скептически относятся к рекламной информации. Легко убеждаемых людей можно склонить к

покупке при помощи интенсивных методов сбыта, они поддаются рекламной информации.

- *Отношение к фирме и ее предложениям.* Нейтральное отношение (я слышал о марке X, но ничего о ней не знаю) требует интенсивной информации и убедительного продвижения. Положительное отношение (марка X – лучший товар на рынке) требует подкрепления в виде последующей рекламы и личных контактов с потребителями. Негативное отношение (марка X гораздо хуже марки Y) трудно изменить, оно требует улучшения товара и образа фирмы. Лучше всего здесь, видимо, игнорировать этот сегмент и концентрировать усилия на первых двух; при сегментации фирма не обязана удовлетворять все группы одновременно.
- *Мотивы совершения покупок* могут подразделять рынок на сегменты преимуществ. Сегментация по преимуществам была внедрена в 1968 году Расселом Хейли: «В основе сегментации лежит представление, что преимущества, которые люди ищут в потреблении данного товара, являются основными причинами для существования реальных сегментов рынка» [23]. Люди, с сильной зубной болью отдадут любые деньги лишь бы зуб перестал болеть.
- *Важность покупки* также различная для различных потребителей, Например, житель пригорода, вероятно, считает приобретение автомобиля более важным делом, чем человек, проживающий в городе и имеющий доступ к общественному транспорту.

Приобрести холодильник важнее для той семьи, у которой он сломался, чем для той, у которой он хорошо функционирует.

Как правило, *сочетание факторов демографии и стиля жизни* необходимо фирме для определения и описания своих рыночных сегментов. Использование набора факторов позволяет делать анализ более содержательным и значимым.

Оценим теперь возможные критерии сегментации промышленного рынка.

Критерии сегментации медицинского рынка

Так, в соответствии с работой Эванса и Бермана [17] региональные критерии должны включать характеристики региона, где размещаются организации-потребители. «Демографические» критерии могут включать область специализации, ресурсы, существующие контракты, прошлые покупки, размер заказов, характеристики лиц,

принимающих решения. Факторы стиля жизни включают способ функционирования организации, приверженность торговой марке, причины совершения покупки, социальные и психологические характеристики сотрудников. Эти параметры могут представлять собой основу для сегментации рынка.

Более строгая процедура сегментации промышленного рынка, основанная на пяти группах критериев, действующих по принципу вложенной иерархии, представлена в работе. Переходя от внешних критериев к внутренним, эти группы имеют следующий вид.

1) Среда:

- сектор медицинских услуг(стоматология),
- размер клиники,
- географическое положение.

2) Рабочие характеристики:

- применяемая технология,
- использование данных услуг,
- технические и финансовые ресурсы.

3) Метод совершения закупки:

- наличие центра закупки,
- иерархическая структура,
- отношения покупатель – продавец,
- общая политика оказания услуг,
- критерии оказания услуг.

4) Ситуационные факторы:

- срочность выполнения лечения,
- размер услуги.

5) Личные качества покупателя.

По мере движения внутрь этой иерархической структуры доступность для наблюдения и стабильность критериев сегментации изменяются. Рекомендуется сегментацию начинать с внешних уровней, поскольку здесь данные более доступны, а определения более четки [18].

Выбор целевого рынка

Одним из важнейших этапов сегментации рынка, после определения критериев, принципов и методов сегментации, является выбор целевого рынка. В монографии Ламбена [18] данный этап получил название макросегментации, в противовес микросегментации, посвященной выбору целевого сегмента. Отметим основные моменты подобной макросегментации в соответствии с результатами работы Ламбена.

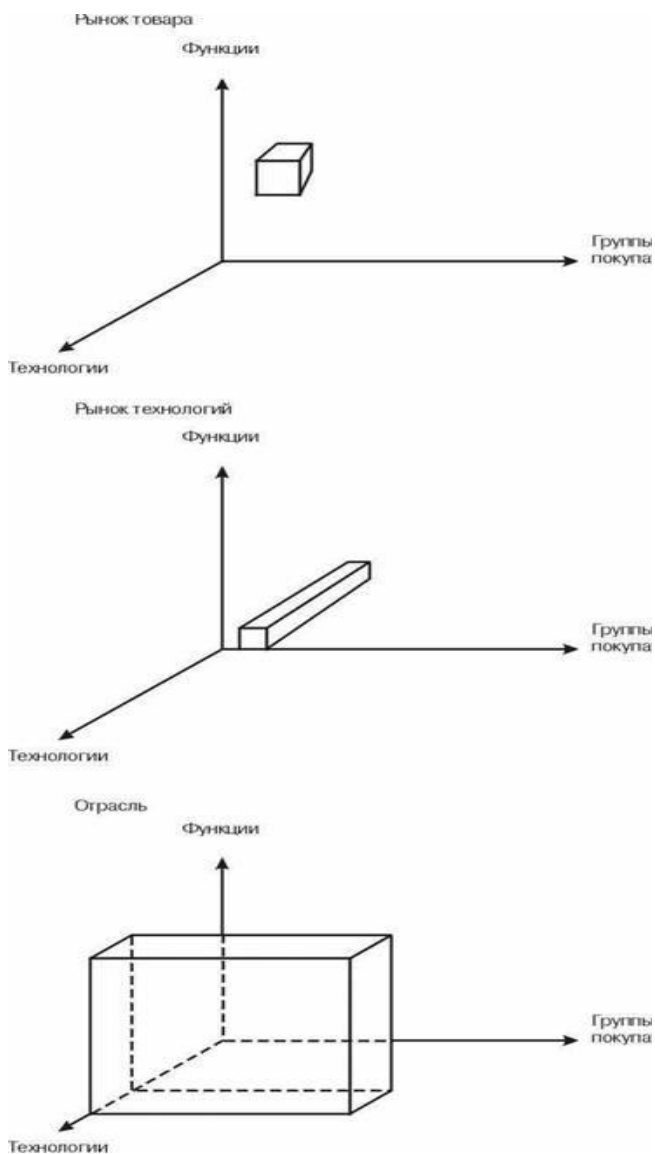
Реализация стратегии сегментации рынка должна начинаться с определении *миссии фирмы*, которая описывает ее роль и главную функцию в перспективе, ориентированной на потребителя. Следует поставить три фундаментальных вопроса: «Каким бизнесом занимается фирма?», «Каким бизнесом следует заниматься?», «Каким бизнесом не следует заниматься?».

Отсюда возникает понятие целевого (иначе, базового) рынка фирмы, представляющего собой значительную группу потребителей со схожими потребностями и мотивационными характеристиками, создающими для фирмы благоприятные маркетинговые возможности.

Согласно работе Эйбелла [11] целевой рынок фирмы может быть определен по трем измерениям:

- *технологическому*, описывающему технологии, способные удовлетворить потребности на рынке («как?»);
- *функциональному*, определяющему функции, которые должны быть удовлетворены на данном рынке («что?»);
- *потребительскому*, обуславливающему группы потребителей, которые могут быть удовлетворены на данном рынке («кого?»).

Графически это можно представить трехмерной схемой, показанной на рис. 8.



(отраслью), рынком одной функции (технологическим рынком) и товарным рынком.

Отрасль определяется технологией, независимо от связанных с ней функцией или групп потребителей. Понятие отрасли является самым традиционным. В то же время оно наименее удовлетворительно, так как ориентировано на предложение, а не на спрос. Таким образом, подобная категория уместна при условии высокой однородности рассматриваемых функций и групп потребителей.

Рынок технологий охватывает совокупность технологий для выполнения одной функции и для одной группы потребителей. Это понятие близко концепции базовой потребности и подчеркивает взаимозаменяемость различных технологий для одной функции. Обращение к рынку технологий особенно важно для выбора направлений исследований и разработок.

Товарный рынок находится на пересечении группы потребителей и набора функций, основанных на конкретной технологии. Он соответствует понятию стратегической бизнес-единицы и отвечает реальностям спроса и предложения.

Выбор **стратегии охвата рынка** производится на основе анализа конкурентоспособности применительно к каждому сегменту. Предприятием могут быть выбраны следующие различные стратегии охвата целевого рынка:

- *стратегия концентрации* – предприятие дает узкое определение своей области деятельности в отношении рынка товаров, функции или группы потребителей;
- *стратегия функционального специалиста* – предприятие предпочитает специализироваться на одной функции, но обслуживать все группы потребителей, заинтересованных в этой функции, например в функции складирования промышленных товаров;
- *стратегия специализации по клиенту* – предприятие специализируется на определенной категории клиентов (больницы, гостиницы и т.п.), предлагая своим клиентам широкую гамму товаров или комплектные системы оборудования, выполняющие дополнительные или взаимосвязанные функции;
- *стратегия селективной специализации* – выпуск многих товаров на различных рынках, не связанных между собой (проявление диверсификации производства);
- *стратегия полного охвата* – предложение полного ассортимента,

удовлетворяющего все группы потребителей.

В большинстве реальных случаев стратегии охвата целевого рынка могут быть сформулированы только по двум измерениям: функциям и группам потребителей, так как предприятия, чаще всего, владеют только одной определенной технологией, отражающей их отраслевую принадлежность.

Если же фирма владеет различными технологиями, то выбор целевого рынка и стратегии его охвата будут определяться также и технологическим измерением рынка. После выбора целевого рынка целесообразно перейти к его более детальной сегментации.

Контрольные задания:

1. Какого признака сегментирования потребителей на рынке товаров и услуг не существует?
 - а) астенического
 - б) географического
 - в) демографического
 - г) психографического
 - д) поведенческого

2. К географическим признакам сегментации рынка относятся?
 - а) пол и возраст
 - б) размер семьи
 - в) этап жизненного цикла семьи
 - г) место проживания человека
 - д) нет правильного ответа

3. «Абсолютные консерваторы»- это рыночный сегмент потребителей, которые:
 - а) сразу покупают всё новое
 - б) не готовы купить продукт в данный момент
 - в) не желают покупать новый продукт
 - г) сразу приобретают новинки
 - д) интересуются, но не покупают

4. Что такое целевой рынок?

- а) рынок конкурентов
 - б) игнорируемый компанией рынок
 - в) рынок, созданный с определённой целью
 - г) рынок, который компания выбирает для концентрации максимума своих маркетинговых усилий
 - д) нет правильного ответа
5. Что такое сегментация рынка?
- а) разделение рынка на зоны обслуживания
 - б) деятельность по привлечению потенциальных потребителей
 - в) деятельность по классификации потенциальных потребителей товаров и услуг в соответствии с качественными особенностями из спроса
 - г) разделение рынка по городам
 - д) нет правильного ответа
6. К социально- экономическим признакам сегментации не относятся:
- а) образование
 - б) уровень дохода
 - в) род деятельности
 - г) место в обществе
 - д) поведение
7. Чем определяется потенциал сегмента рынка?
- а) перспективами развития
 - б) ёмкостью рынка
 - в) наличием потенциальных конкурентов
 - г) наличием потенциальных потребителей
 - д) нет правильного ответа
8. «Абсолютные новаторы» - рыночный сегмент потребителей, которые
- а) не готовы купить сейчас
 - б) придерживаются плану покупок и услуг
 - в) обязательно покупают
 - г) все ответы верны

д) нет правильного ответа

Меры регулирования рынка медицинских услуг и имидж предприятия. Тенденции развития рынка стоматологических услуг

Мастер-план имиджа медицинского предприятия состоит из четырех основных частей: создания фундамента, внешнего имиджа, внутреннего имиджа и неосязаемого имиджа. Каждая из частей направлена на достижение следующих трех главных задач:

1. Достижения высокого уровня профессиональной компетенции и эффективной работы с потребителями;
2. Поддержания имиджа успешной организации, который заставляет пациента поверить в вас;
3. Установления эмоциональной связи с потребителем и обществом.

Существуют следующие ключевые моменты любого плана по созданию эффективного, всестороннего имиджа:

1. закладка фундамента;

2. внешний имидж:

а) качество медицинской услуги;

б) осязаемый имидж;

в) реклама;

г) общественная деятельность;

д) связи со средствами массовой информации;

е) связи с инвесторами;

ж) отношение персонала к работе и его внешний вид.

3. внутренний имидж:

а) финансовое планирование;

б) кадровая политика организации;

в) ориентация и тренинги сотрудников;

г) программа поощрения медицинских работников;

4. Неосязаемый имидж: имидж потребителя.

Некоторые из элементов плана достаточно очевидны, например осязаемый имидж компании или товара, название, девиз и знак. Однако не менее важны другие факторы, которые часто упускаются из виду, к примеру, разработка философии компании. Философия и девиз, который рождается из нее, служат основой построения плана формирования имиджа. К другим важным частям плана по имиджу относятся элементы внутреннего имиджа, и прежде всего поведение персонала и его отношение к работе. Выполнение этой части плана должно предусматривать повышение морального настроения сотрудников.

Осязаемый имидж – то, что покупатель может увидеть, понюхать, услышать, потрогать и попробовать.

Неосязаемый имидж – атмосфера внутри организации, позитивное и негативное отношение сотрудников к руководителям и политике компании.

Внешний имидж – воздействие первых трех факторов плюс общественное мнение о предприятии, формируемое рекламной кампанией, качеством продукции, связями со средствами массовой информации и общественной работой. Создание положительного имиджа – нечто большее, чем просто хорошая рекламная кампания. Это сложный и многосторонний план, все части которого взаимосвязаны и взаимозависимы.

В настоящее время выделяют следующую структуру общественности: население в сфере влияния, структуры самоуправления, СМИ, общественные объединения, сотрудников администрации, вышестоящие органы власти.

Выделяют следующие важнейшие принципы PR (связи с общественностью):

1. Обеспечивать взаимную выгоду организации и общественности, а также соблюдать абсолютную честность и правдивость (тем, кто занимается этим видом управленческой деятельности);
2. Следовать принципу открытости информации;
3. Тщательно отслеживать интересы и стиль подачи материалов всех журналистов, специализирующихся в области подготовки материалов в системе PR, для их опубликования в СМИ;
4. Говорить о себе правду (но никто не утверждает, что надо говорить всю правду) [19].

Система здравоохранения носит такой характер, что потребитель медицинских услуг очень плохо осведомлен о медицинских услугах, которые он покупает, возможно, меньше, чем о любых других приобретаемых услугах. В большинстве случаев решение о выборе конкретной медицинской помощи принимается врачами: диагностика, лечение, прием лекарств, госпитализация, периодичность повторных посещений врача – все это в значительной мере происходит под контролем врача.

Хотя потребитель может принимать участие в регулировании рынка, но его участие гораздо более ограничено, чем в практически любой другой области финансово-хозяйственной деятельности. Поэтому в большинстве случаев медицинские услуги в интересах пациентов

приобретают квалифицированные посредники – страховщики (в некоторых системах здравоохранения – государство).

Этические соображения и проблема справедливости. Общество считает, что если человек не может купить себе автомобиль или дачный участок – это его личное дело, однако если люди не имеют доступа к базовой медицинской помощи – это несправедливо и рассматривает охрану здоровья, как «привилегию» или «право» и не хочет распределять ее только по ценам или доходам.

Государственное вмешательство вызвано тем, что функционирование частного медицинского рынка вызывает много проблем для населения. Это обосновывает целесообразность правительственного вмешательства, которое носит различные формы в различных странах. Отличается лишь степень вмешательства. Так, в стране с преимущественно частной системой медицинского страхования – США, 40% средств на здравоохранение поступает через государственные программы.

Вмешательство государства проявляется еще и в установлении особых «правил игры», направленных на защиту пациентов и проявляющихся в обязательном лицензировании и аккредитации лиц, оказывающих медицинские услуги, у которых знания и материально-техническое оснащение соответствуют профессиональным стандартам.

Торговля медицинскими услугами имеет отношение не только к экономике, но и к политике. Установление контроля над медицинскими услугами играет важную роль. Анархия в этом вопросе может представлять угрозу для государства, именно поэтому практически все страны разрабатывают меры регулирования этой сферы услуг с помощью разнообразного набора экономических и правовых форм и методов воздействия на хозяйственные процессы в здравоохранении.

С помощью административных методов регулируется деятельность ЛПУ финансируемых из бюджета. Государство, как собственник создаваемых им структур регулирует работу своих организаций, с целью оптимального (с точки зрения государственных органов) функционирования бюджетного здравоохранения. Это проявляется через издание документов, имеющих обязательное действие (приказы, распоряжения и пр.). В свою очередь руководитель медицинской организации управляет ей в пределах своей компетенции.

К правовым методам регулирования относятся разработка, принятие и реализация законов, постановлений, указов и других нормативных документов, принимаемых государством

регламентирующей деятельность организаций здравоохранения всех форм собственности.

К группе экономических методов относится регулирование здравоохранения путем использования налоговых ставок, льгот и субсидий. Регулирование деятельности государственных ЛПУ ведется также через формирование и использование бюджетных средств, предназначенных для финансирования системы охраны и укрепления здоровья.

Отдельно можно выделить **организационно-экономические методы регулирования**, к которым относят создание государственных ведомственных служб здравоохранения (военная, транспортная, судебная медицина, медицина катастроф и пр.), которые находятся исключительно под государственным контролем и выполняют возложенные на них особые задачи.

К социально-психологическим методам регулирования относится создание особого отношения к врачу, как к последней надежде страждущего человека и его особой, гуманной роли в обществе.

Необходимо отметить, что пока еще ни одно общество не выработало действенный механизм реализации права человека на здоровье. Этому мешает противоречие между потребностями пациентов, желаниями врачей и ограниченными ресурсами [20].

Тестовые задания к теме:

«Меры регулирования рынка медицинских услуг и имидж предприятия. Тенденции развития рынка стоматологических услуг»

1) Мастер план имиджа медицинского предприятия состоит из четырех основных частей. Выберите правильный ответ, если :

- а) создание фундамента,
 - б) создание бюджета
 - в) внешний имидж
 - г) планируемый имидж
 - д) внутренний имидж
 - е) неосязаемый имидж
- а) а,б,в,г
 - б) а,е,б,д
 - в) в,б,д,г
 - г) а,в,д,е

д) а,б,г,е

2) В маркетинге существуют ключевые моменты любого плана по созданию эффективного, всестороннего имиджа. Найдите элемент не относящийся к созданию внутреннего имиджа.

- а) финансовое планирование;
- б) кадровая политика организации;
- в) качество медицинской услуги;
- г) ориентация и тренинги сотрудников;
- д) программа поощрения медицинских работников;

3) Осязаемый имидж компании - это ...

- а) философия и девиз, который рождается из нее, служат основой построения плана формирования имиджа.
- б) то, что покупатель может увидеть, понюхать, услышать, потрогать и попробовать.
- в) атмосфера внутри организации, позитивное и негативное отношение сотрудников к руководителям и политике компании.
- г) нечто большее, чем просто хорошая рекламная кампания. Это сложный и многосторонний план, все части которого взаимосвязаны и взаимозависимы.

4) Все меры государственного регулирования медицинских услуг можно условно разделить на две группы: ограничительные и стимулирующие. К мерам ограничительного характера относятся:

- а) обязательная сертификация специалиста для практикующих медицинских работников
- б) обязательная апробация ЛС на животных
- в) государственные санкции
- г) ценовые ограничения
- д) пропагандирование здорового образа жизни

5) К группе экономических методов регулирования медицинских услуг относится - ...

- а) регулирование деятельности ЛПУ не финансируемых из бюджета
- б) регулирование деятельности ЛПУ путем разработки, принятия и реализации законов, постановлений, указов и др.
- в) создание особого отношения к врачу, как к последней надежде.

- г) регулирование здравоохранения, путем использования налоговых ставок, льгот и субсидий
- д) регулирование деятельности ЛПУ финансируемых из бюджета

б) Важнейший элемент государственного регулирования - обеспечение макроравновесия в системе, то есть сбалансированности государственных обязательств в отношении предоставления медицинской помощи населению и имеющихся финансовых ресурсов. За счет чего оно не осуществляется?

- а) за счет законодательных и нормативных актов
- б) за счет перераспределения бюджета, наиболее эффективным способом
- в) за счет установления ограничения на объем потребления некоторых видов услуг
- г) за счет регулирования объемов потребления амбулаторной помощи
- д) за счет участия населения в покрытии части расходов на медицинскую помощь

7) Ключевой проблемой стоматологической отрасли является –

- а) неспособность государства обеспечивать конституционное право личности на охрану стоматологического здоровья и обеспечение гарантированной стоматологической помощи нужного объема и качества.
- б) нежелание пациентов вовремя посещать врача-стоматолога для предотвращения появлений хронических заболеваний
- в) неспособность пациентов обеспечивать себя необходимыми стоматологическими услугами
- г) высокая цена оказываемых услуг

д) незащищенность врача в конфликтной ситуации с пациентом

8) Ниже представлены потенциально негативные воздействия политических факторов на рынок стоматологических услуг. Выберите пункт который не относится.

- а) поддержка учреждений здравоохранения со стороны государства
- б) усиление государственного контроля за деятельностью учреждений здравоохранения
- в) сокращение медицинского персонала в рамках проводимой оптимизации числа поликлиник и больниц
- г) дефицит медицинского персонала стоматологических учреждений

д) избыток медицинского персонала стоматологических учреждений

9) Выберите пункт потенциально негативного воздействия технологических факторов на рынок стоматологических услуг.

а) мода на «красивую улыбку»

б) оснащенность современным медицинским оборудованием

в) экономическая нестабильность

г) рост цен на стоматологические услуги

6. Маркетинговая система стоматологической организации

В течение последнего десятилетия появляется все больше пациентов, предпочитающих получение определенных гарантий доступности и качества по возмездному договору оказания стоматологических услуг в учреждениях негосударственного сектора. В этой ситуации они предпочитают получить стоматологические услуги по заранее оговоренной цене и гарантированному качеству в частном стоматологическом учреждении, чем простаивать в очередях для получения услуги «второго сорта» в муниципальной стоматологической клинике. Многие инвесторы рассматривают стоматологические клиники как привлекательный проект для вложения своего капитала. Стоматологическая практика требует значительно больше первичных инвестиций, чем другие виды медицинских услуг. Зато она мало подвержена моде, имеет устойчивый, стабильный и всепогодный характер.

Неслучайно средний ежегодный оборот рынка платных стоматологических услуг в России составляет порядка 2,5-3 млрд. долларов, при этом годовой оборот всех платных медицинских услуг в стране достигает около 5 млрд. долларов. Следовательно, люди готовы тратить деньги на стоматологические услуги в большей степени, чем на другие [21].

В современной стоматологии постоянно внедряются новые технологии лечения и высококачественные материалы, однако уровень маркетинга в стоматологических клиниках оставляет желать лучшего. Проблемы маркетинга в стоматологической практике могут проявляться в нерациональном распределении финансовых потоков, в ошибках в работе с персоналом и в недостаточно высоком уровне взаимодействия с пациентами.

Новые стоматологические клиники открываются постоянно, но, к сожалению, при этом никто не подсчитывал, сколько их закрывается или находится в неудовлетворительном состоянии. Часто даже

клиники, которые были достаточно успешными на рынке стоматологических услуг, не могут преодолеть достигнутый барьер и существуют в основном за счет ранее наработанной клиентской базы и рекомендаций ранее лечившихся пациентов.

Выходом из сложившейся ситуации является внедрение в стоматологической клинике профессионального маркетинга. Руководитель клиники должен быть не только грамотным врачом-стоматологом, но одновременно и эффективным менеджером, видящим перспективу и способным предвосхищать перемены на стоматологическом рынке.

Маркетинг предполагает анализ внутренней и внешней среды стоматологической клиники. На продвижение стоматологических услуг на рынок с целью получения максимальной прибыли направлен непосредственно внешний маркетинг, который зависит от состояния макро – и микросреды, окружающей стоматологическую клинику [21].

Микросреда связана с деятельностью самих пациентов, поставщиков, посредников, конкурентов и др. Макросреда зависит от окружающей стоматологическую клинику обстановки (политической, демографической, экономической), а также и структуры заболеваемости.

В стоматологии это, прежде всего, касается исследования пациентов, причем как уже привлеченных в стоматологическую клинику, так и потенциальных. Сюда же относятся анализ эффективности рекламы и все взаимоотношения с рекламными агентствами. Очень часто маркетинговые приемы не дают эффекта привлечения пациентов, что во многом зависит от эффективности планирования, постановки цели и выбора правильного средства.

Стоматологический рынок можно проанализировать по нескольким критериям – географическим, ценовым и т.д. Влиять на весь рынок услуг достаточно сложно и порой малоэффективно. Для наибольшей результативности в начале своей деятельности необходимо четко определить сегмент рынка, на который будет направлена стоматологическая клиника. Прежде всего, это касается ценового сегмента. Высокий ценовой сегмент достаточно узок, но способен принести большую прибыль.

Согласно правилу Парето, «20% клиентов приносят 80% прибыли».

Выбрав высокий ценовой сегмент, мы как раз и ориентируемся на эти 20%. Но для успешной деятельности в данном сегменте необходимо захватить все 20%. Средний ценовой сегмент более широк, но получить

серьезную прибыль здесь можно лишь в случае обеспечения постоянного большого потока пациентов. Помимо этого необходимо, чтобы стоматологическая клиника обладала высокой пропускной способностью, т.е. имела в наличии большое количество стоматологических установок и кресел.

Также следует проанализировать потребности потенциальных пациентов и определить, какими наиболее эффективными способами привлечь их в стоматологическую клинику. В этом помогает исследование пациентов, как потенциальных, так и уже привлеченных. Для определения истинных потребностей пациентов проводятся анкетирование и телефонные опросы. При проведении исследования наиболее важными элементами являются правильное составление анкеты для опроса и определение исследуемой выборки. После этого необходимо составить эффективное рекламное сообщение, которое привлечет внимание и произведет наибольший коммерческий эффект.

Кроме того, необходимо исследовать и конкурентов в области оказания стоматологических услуг. Исследование конкурентов также относится к области внешнего маркетинга. Анализ работы стоматологических клиник, действующих на рынке услуг, позволит составить наиболее полную картину о существующем спросе и предложении. В первую очередь необходимо выяснить степень загрузки и конкурентные преимущества стоматологических клиник. На основе полученных данных можно определять динамику спроса и совершенствовать работу стоматологических клиник. Рынок любой услуги не постоянен и может меняться под воздействием огромного количества факторов. В стоматологической практике, как и в любом другом виде бизнеса, для развития необходимо своевременно реагировать на происходящие изменения и постоянно двигаться вперед со временем.

Продвижение стоматологических услуг зависит от следующих факторов:

- Место расположения стоматологической клиники.
- Наличие в данном районе других стоматологических клиник (уровень конкуренции).
- Оживленность пешеходного потока возле стоматологической клиники. Удобство парковки возле стоматологической клиники.
- Наличие рядом с клиникой жилого массива, крупных торговых и промышленных предприятий.

- Близость клиники к остановкам общественного транспорта.
- Наличие развитой сети магистралей общественного транспорта возле стоматологической клиники.
- Ассортимент оказываемых клиникой стоматологических услуг.
- Широкий выбор стоматологических услуг в соответствии с уровнем доходов обслуживаемого населения. Наличие в стоматологической клинике новых материалов и технологий, сервисных услуг.
- Сохранение в стоматологической клинике традиционных технологий, пользующихся спросом у населения.
- Ценовая стратегия клиники в области оказания стоматологических услуг.
- Доступность цены стоматологических услуг, политика ценообразования в сравнении со средними ценами на рынке стоматологических услуг.
- Платежеспособность населения.
- Продвижение стоматологических услуг на рынке.
- Режим работы стоматологической клиники, удобный для населения.
- Имидж стоматологической клиники: вывеска, внешний и внутренний дизайн, четкая организация предоставляемых услуг.
- Материально-техническая оснащенность стоматологической клиники.
- Качество работы и гарантийные сроки стоматологического лечения. Медицинская этика и деонтология в стоматологической практике.
- Установление целей и задач стоматологической клиники.
- Разработка фирменного знака стоматологической клиники.
- Создание рекламных проектов в стоматологической клинике.
- Выбор средств и времени рекламы в стоматологической клинике.
- Выбор потребителя стоматологических услуг.

Определение успеха / неудачи в стоматологической практике[22].

Планирование маркетинга в стоматологической клинике предусматривает координацию решений и действий, информирование сотрудников о целях и необходимых ресурсах; мотивацию сотрудников,

если от достижения целей клиники зависит достижение их личных целей (карьера, зарплата, престиж); создание предпосылок для оценки и контроля результатов.

Планирование маркетинга стоматологической клиники включает следующие этапы:

1. Анализ текущего и будущего положения клиники (анализ ситуации).

2. Определение целей и стратегии для их достижения.

3. Выбор инструментов и аппаратов, позволяющих наиболее эффективно, с точки зрения достижения целей, реализовать избранные стратегии.

План маркетинга стоматологической клиники должен выглядеть следующим образом:

- сводка контрольных показателей клиники;
- изложение текущей маркетинговой ситуации;
- перечень маркетинговых опасностей и возможностей;
- перечень задач и проблем;
- стратегии маркетинга;
- программы действий;
- бюджеты стоматологической клиники;
- порядок маркетингового контроля [23].

Характерная черта рынка стоматологических услуг – неэффективность рекламы как механизма привлечения новых клиентов. В виду этого самой большой проблемой для всех клиник является поддержание объема клиентской базы на уровне, обеспечивающем экономическую состоятельность предприятия. На практике почти никто не владеет методиками, позволяющими достичь этого. Чаще используется прием на работу опытных врачей с наработанными базами в надежде, что врач приведет своих клиентов. Обратной стороной этого подхода является возрастающая зависимость клиники от условий, которые диктует врач, и риск потерять значительную часть клиентской базы с его уходом. Еще одним немаловажным фактором является неэластичность спроса на стоматологические услуги. Даже снижение цены на услуги на 30-40% не приводит к адекватному росту продаж, поскольку уровень стоматологической заболеваемости населения не зависит от колебания цен на услуги стоматологов. Если зубы у клиента не болят, он не воспользуется скидкой или специальными условиями.

Поэтому большую ошибку допускают владельцы клиник, делая специальные сезонные скидки. Это приводит лишь к уменьшению выручки, потому что снижение цен не компенсируется ростом продаж. Ну и последний фактор, который, наверное, оказывает существенное влияние на рынок, это высокий уровень оплаты труда специалистов, на фоне отсутствия их лояльности по отношению к предприятиям, на которых они работают. Довольно стандартная ситуация, когда приходит врач в клинику, работает год-полтора, приобретает клиентскую базу, а потом заявляет, что если ему не поднимут процент (врачи стоматологических клиник получают зарплату в виде доли персональной выручки), он уйдет с клиентами в другую клинику. Это очень ограничивает желание собственников проводить обучение персонала, повышать квалификацию, потому что фактически они готовят кадры не для себя, а для других. Юридических способов удержать специалиста или заставить его заплатить за повышение квалификации просто нет. Часто причиной отказа клиентов от лечения в клинике становится неумение врачей правильно устанавливать контакт и строить систему взаимоотношений с клиентом, нежелание видеть в нем человека, а не только источник заработка. Все эти факторы делают рынок стоматологических услуг очень специфичным.

Если провести параллель между рынками стоматологических услуг и услуг индустрии красоты, то при всей схожести между ними есть одно принципиальное различие. Если говорить о сфере косметологии и услуг, связанных с эстетикой внешнего вида, или, как еще говорят, "внешним здоровьем", то при построении стратегии их продвижения справедливо говорить о маркетинге впечатлений. Потребитель, пользуясь этими услугами, получает эстетическое удовольствие. Это удовлетворяет его потребность нравиться окружающим, хорошо выглядеть, чтобы подчеркнуть свой социальный статус. В стоматологии, на мой взгляд, сейчас более справедливо было бы говорить о маркетинге отношений между доктором и пациентом. Я не хочу сказать, что здоровые зубы не являются одним из элементов эстетики внешнего вида, однако не секрет, что в отличие от услуг косметолога или фитнес-центра, к услугам стоматолога мы чаще прибегаем в случае крайней необходимости, нежели из потребности хорошо выглядеть. К сожалению, таков пока наш менталитет. В данном случае система отношений с клиентами будет являться одним из ключевых направлений комплекса маркетинга клиники. Основывать политику привлечения и удержания клиента на ценовом стимулировании стратегически неправильно и опасно на конкурентном

рынке. Ценовая лояльность, полученная через скидки и бонусы, самый ненадежный вид лояльности. Нет никакой гарантии, что пациент не уйдет в соседнюю клинику, если там ему предложат цену на 1 тенге меньше. Это возможно только в том случае, если между пациентом и врачом или клиникой нет более прочных долгосрочных связей, которые можно было бы сформировать, используя такое понятие, как маркетинг отношений [16].

Для того чтобы быть уверенным в успешной реализации всех намеченных в плане маркетинга мероприятий, нужна система маркетингового контроля.

Контроль за выполнением годовых планов заключается в том, что специалисты маркетинга сопоставляют текущие показатели с конкретными цифрами годового плана и при необходимости принимают меры к исправлению положения.

Цель данной системы контроля – убедиться, действительно ли стоматологическая клиника вышла на запланированные на конкретный год показатели продаж, прибылей и прочие целевые параметры. Контроль этого типа включает в себя следующие этапы:

а) руководство стоматологической клиники должно заложить в годовой план контрольные показатели в разбивке по месяцам или кварталам;

б) руководство стоматологической клиники должно проводить замеры

показателей ее рыночной деятельности;

в) руководство стоматологической клиники должно выявлять причины

любых серьезных сбоев в ее деятельности;

г) руководство стоматологической клиники должно принимать -меры к исправлению положения и ликвидации дистанции между поставленными целями и достигнутыми результатами, что может потребовать изменения программ действий и даже замены целевых установок маркетинга [24].

Для реализации этих этапов используются основные средства маркетингового контроля: анализ возможностей предоставления стоматологических услуг, анализ доли рынка, анализ соотношения между затратами на маркетинг и сбытом и наблюдение за отношением пациентов. Если при использовании одного из этих средств выявляются недостатки в выполнении плана маркетинга, необходимо принять меры к исправлению положения.

Контроль прибыльности стоматологической клиники заключается в определении фактической рентабельности оказания стоматологических услуг, сегментов рынка.

Система стратегического контроля заключается в регулярной проверке соответствия исходных стратегических установок стоматологической клиники имеющимся рыночным возможностям.

Время от времени стоматологической клинике необходимо производить оценку своей маркетинговой эффективности в целом.

Маркетинг – это сфера быстрого устаревания задач, политических установок, стратегий и программ. Поэтому каждая стоматологическая клиника должна периодически переоценивать свой общий подход к рынку услуг, пользуясь для этого приемом, известным под названием «ревизия маркетинга».

Таким образом, для того чтобы чувствовать себя уверенно в условиях рынка в настоящем, использовать преимущества рыночной экономики в будущем, стоматологическим учреждениям с любой формой собственности необходимо изучать и внедрять маркетинг стоматологических услуг.

Контрольные задания:

- 1). Что значит термин « первичный спрос» в стоматологии?
 - а) пациент обращается впервые в эту клинику
 - б) пациент ранее никогда не лечил зубы
 - в) пациент с экстренной патологией, которую он сам не может не заметить
 - г) самый первый пациент данной клиники
 - д) нет правильного ответа
- 2). Как гласит правило Парето?
 - а) 20% клиентов приносит 80% дохода
 - б) 80% клиентов приносит 80% дохода
 - в) доход зависит от количества клиентов
 - г) клиент всегда прав
 - д) услуга за оплату
- 3). Что не входит в концепцию 4P?
 - а) услуга
 - б) цена
 - в) реклама
 - г) место
 - д) планирование

- 4). Что не входит в концепцию 4С?
- а) стоимость
 - б) желание
 - в) удобство
 - г) коммуникация
 - д) персонал
- 5). Сколько главных особенностей в маркетинге стоматологических услуг?
- а) 1
 - б) 3
 - в) нет особенностей
 - г) 5
 - д) 4
- 6). Что будет если в стоматологии повысить или понизить цены на услуги на 10-15%
- а) значительных изменений не произойдёт
 - б) доход повысится или понизится на 10-15%
 - в) стоматология потеряет клиентов
 - г) повысится количество посетителей
 - д) повысится или понизится качество оказываемых услуг
- 7). Что значит термин «вторичный спрос» в стоматологии?
- а) экстренная помощь, которую не может не заметить сам пациент
 - б) пациент приходит в клинику не в первый раз
 - в) пациент раньше уже получал стоматологические услуги
 - г) помощь пациенту, необходимость которой может определить только сам доктор
 - д) нет правильного ответа
- 8). Определение потенциального суммарного числа продаж всех конкурирующих между собой товаров данного вида (ёмкость рынка) это?
- а) оценка потенциала рынка
 - 2) оценка долей рынка, принадлежащих каждой из конкурирующих фирм или каждому из конкурирующих товаров определенного вида
 - 3) оценка характеристик рынка
 - 4) оценка имиджа товара или компании

5) оценка проблем дистрибуции

9) Из скольких этапов состоит определенная последовательность работ по реализации комплексного маркетингового проекта ?

а) 4

б) 5

в) 6

г) 7

д) количество этапов может варьироваться от цели исследования

10) Уровень стоматологической заболеваемости населения не зависит от ..

а) от уровня развития стоматологической науки

б) содержания программ профилактики

в) форм организации стоматологического обслуживания

г) колебания цен на услуги стоматологов.

д) личной гигиены полости рта

7. Цели и задачи ценообразования в сфере платных стоматологических услуг. Анализ методов ценообразования

Медицина имеет явно социальную направленность, она нужна обществу. И одновременно с этим медицина – это бизнес, который существует ради получения прибыли, и, значит, работает по законам присущим для любого вида бизнеса. Теми же законами регулируется ценообразование в здравоохранении. Тем не менее, социальная направленность медицины как вида деятельности накладывает свой отпечаток. Ведь ответственность за качество медицинского обслуживания несет не только сам бизнес, но и государство, предоставляющее возможность оказания этих услуг населению.

В условиях частной клиники управление процессом оказания медицинских услуг опирается преимущественно на экономические методы управления. Мотивация в клинике строится на принципах максимальной заинтересованности медицинского персонала в качественном выполнении поставленной задачи – оказанию медицинских услуг населению. Для этого необходима новая стратегия управления, которая позволит привлечь потенциальных пациентов в клиники и медицинские центры.

Если говорить о механизме получения прибыли в медицине, то нужно отметить, что с экономической точки зрения каждый вид медицинской помощи имеет все признаки товара.

Для продвижения услуги как товара необходимы маркетинговые усилия, позволяющие определить спрос и предложение на рынке на конкретной территории с тем, чтобы выбрать набор услуг наиболее востребованный потребителем и продумать стратегию продвижения. В том числе от этого зависит, насколько окажется действенной мотивация в стоматологической клинике, медицинском центре или лечебно-профилактическом учреждении.

Правильный маркетинг и грамотное ценообразование помогают медучреждениям быть прибыльными. Сегодня экономически обоснованное ценообразование в медицине - одна из наиболее актуальных проблем. Специфика отрасли диктует свои подходы в формировании цены на услугу. Нужно помнить, что: стоимость медицинских услуг должна отражать необходимые затраты на их оказание, их потребительские свойства, а также их качество; необходимо анализировать соотношение спроса и предложения для каждого вида услуг; цена медицинских услуг должна позволять учреждению оставаться прибыльным, стимулировать внедрение новых

технологий лечения и нового оборудования, что должно приводить к улучшению качества услуг.

Ценообразование на услуги здравоохранения должно основываться на методологии маркетинга. Конкретная себестоимость формируется исходя из затрат на оказание услуги, а цену диктует спрос на нее. В результате стоимость тех или иных услуг регулирует рынок. Изменение спроса выводит на рынок новые виды услуг, заставляя владельцев клиник реагировать и вкладывать средства в развитие новых направлений, расширять спектр медицинских услуг.

В вопросах ценообразования медучреждения должны создать механизм оперативного учета предложения и спроса, складывающегося на рынке медицинских услуг, и разработать конкретную методику расчета цен. Затратный метод ценообразования в здравоохранении в современных условиях не только не решает, но и мешает решению этих задач. С одной стороны, цена должна покрывать издержки медучреждения на оказание услуг, давать возможность платить налоги в бюджеты различного уровня, достойную зарплату врачам и обслуживающему персоналу и обеспечивать прибыль с тем, чтобы медучреждение имело возможность вкладывать средства в повышение качества услуг и в развитие новых. Таким образом, необходимы другие методы ценообразования в здравоохранении.

Следование спросу – основа успешного маркетинга в любом виде бизнеса. Определив, почему потребителю необходима эта услуга, как он узнал о ней, какими критериями руководствовался, оценивая варианты решения задачи по приобретению данной конкретной услуги, маркетолог сможет определить, какая точно услуга нужна потребителю. Разобравшись с мотивацией покупательского поведения, медучреждение должно определить цену, по которой можно будет продвигать эту новую услугу, разработать маркетинговую программу на основе всестороннего анализа спроса и предложения, а также потребительских ожиданий. Исходя из этого, существуют определенные особенности ценообразования в здравоохранении [25].

Маркетинговое исследование на рынке медицинских услуг предусматривает проведение анализа потребности рынка, прогноз его развития, дальнейшее повышение качества медицинских услуг, рекламное воздействие, использование комплекса методов формирования спроса.

Цель ценообразования – соблюдение интересов медицинского учреждения в части сохранения рентабельности, достижение высокого уровня экономической эффективности в ходе реализации услуг.

Задачи ценообразования:

- определение цены («бюджетные» расценки, договорные, свободные и т.д.);
- условия предоставления и оплаты медицинских услуг, то есть кому, когда и где будет оказываться услуга и кто, каким образом должен будет ее оплачивать.

Особенности сферы здравоохранения определяют основные принципы ценообразования:

- цена услуги должна покрывать издержки на ее оказание, а так же отражать качество услуги и ее свойства, интересные потребителю;
- на определенные виды услуг или процедуры соотношение спроса и предложения может меняться, поэтому ценообразование ведется для каждого вида услуг в отдельности;
- цена должна позволять медицинской организации оставаться прибыльной, при этом вводить в работу технологии и аппаратуру, отвечающие последним разработкам, с целью повышения качества услуг.

Правильный маркетинг способствует успешному освоению и развитию рынка медицинских услуг за счет выявления тех, которые пользуются наибольшим спросом у потребителей. Рациональная сбытовая политика существенно минимизирует затраты и издержки за счет более обоснованного продвижения услуг [26].

Законы бизнеса диктуют предлагать потребителю только то, что, безусловно, пользуется спросом и находит сбыт. С другой стороны, любая клиника стремится предложить широкий спектр услуг. Плюс социальная направленность медицины, высокая значимость оказываемых медучреждениями услуг вынуждает сохранять в линейке предложения те из них, которые не пользуются широким спросом или цена, на которую невысока, так как потребитель не в состоянии платить больше. Это связано с сегментацией рынка на два вида медицинских учреждений – государственные и частные.

В условиях плановой экономики вопрос ценообразования медицинских услуг просто не существовал: госучреждения оказывали помощь населению, а государство выделяло деньги для их финансирования. Ценообразование в медицине как необходимость определения стоимости услуг стало реальностью только с переходом к рыночной экономике. На сегодня уже опробованы, внедрены многие методики, определяющие цены на медицинские услуги. Для

специалистов-маркетологов подготовлено множество рекомендаций, позволяющих выбрать наиболее оптимальный вариант образования цены услуги.

Ценообразование в медицине делится на несколько этапов:

Подготовительный – конкретизация задач, выбор метода образования цены, методическая работа.

Сбор первичной информации, оперативный экономический анализ. Его цель – определение качественных, а также количественных характеристик обслуживания пациентов, показателей состояния и степени износа основных фондов.

Определение себестоимости: расчет различного вида затрат: заработная плата, прямые, косвенные, накладные расходы.

Включение в цену коэффициента рентабельности, а также поправочных коэффициентов, завершающая экспертная оценка, окончательная калькуляция цены, подготовка прейскуранта.

Коррекция: ввод инфляционных коэффициентов, расчет стоимости вновь вводимых услуг, применение новых методик ценообразования.

Уже на подготовительном этапе цели и задачи ценообразования вполне ясны.

Они определяются приоритетами, устанавливаемыми медицинским учреждением: обеспечение выживаемости, завоевание лидерства на рынке, повышение качества обслуживания.

На этапе определения себестоимости производится расчет затрат: заработной платы, прямых, косвенных и накладных расходов на предоставление медицинских услуг.

Расчеты расходов на заработную плату состоят из двух частей - определение трудозатрат на предоставление услуги и вычисление цены стоимости единицы трудоемкости.

Как известно, прямые затраты – это те затраты, которые остаются неизменными, как бы ни менялось количество произведенных услуг. Это плата за аренду помещения, расходы на оборудование, на заработную плату.

Косвенными называются непостоянные затраты, которые обеспечивают условия для выполнения медицинской диагностики и лечебных процедур. К косвенным относятся затраты на административно-хозяйственный персонал.

Накладные расходы учитывают те затраты, которые связаны с этой медицинской услугой (командировочные, хозяйственные и другие).

После того как основные элементы затрат определены начинается формирование цены. Она включает в себя все затраты на оказание медицинской услуги, то есть себестоимость и прибыль.

Как и в любом бизнесе, в медицине прибыль и рентабельность - одни из важнейших показателей, демонстрирующих эффективность здравоохранения. Размер прибыли вычисляется путем умножения себестоимости товара или услуги на нормативный процент ее рентабельности.

После определения цены экономисты и клиницисты проводят заключительную экспертную оценку, цель которой - логическая и механическая проверка утверждаемого прейскуранта.

Основные итоговые документы расчета цен - калькуляционные листы и прейскурант. Лист калькуляции – важный документ, позволяющий контролировать правильность расчетов и проводить их коррекцию. Кроме того, прейскурант играет роль «визитной карточки» услуги. В нем значится порядковый номер, код, а также калькуляционный объект, единица калькуляции и прейскурантная цена.

Коррекция цен – необходимая процедура оценки соответствия прейскуранта экономическим условиям. Такая работа должна выполняться регулярно и не реже одного раза в квартал, а иногда и чаще.

При этом необходимо учитывать три основных фактора: текущий уровень инфляции, изменения цен на рынке услуг и уровень покупательской способности населения.

Как это ни странно, но при предоставлении платных медицинских услуг ошибок не избежать. Среди ошибок - неверная позиция, выбранная в перечне услуг. Чаще всего выбирают более дорогие работы, потому что они представляются выгодными доходными. Тем не менее, выгодность или убыточность услуги может определяться только путем сравнения цены прейскуранта и расчетной цены работы. При этом выбор пациента довольно часто определяет стоимость предлагаемой услуги. И тут как раз важна роль специалистов-маркетологов, разрабатывающих стратегию привлечения и удержания клиентов со слабой платежеспособностью. В любом случае медицинскому учреждению придется выбирать, на какого клиента ориентироваться: на состоятельного или потребителя со средним достатком.

По традиции прейскуранты классифицируют услуги и дают итоговую цену на каждую. Однако в этом случае необходимо определить, каким образом будет распределена выручка от продажи

услуги. Если расчеты стоимости не выполнялись, то прибыль распределяется «на глазок». При этом есть примеры, когда администраторы медицинских учреждений начинают самостоятельно выделять внутри цены по прейскуранту составляющие наиболее значимые для учета и отчетности. В результате, начинается работа по определению собственных затрат медицинского учреждения. И поэтому целесообразней, когда цены на услуги разрабатываются и принимаются самим учреждением [27].

В условиях рынка медицинских услуг в результате взаимодействия спроса и предложения устанавливается рыночная цена. Конкретная величина цены товара (услуги) определяется в зависимости от целей производителей, а именно:

- прибыльности
- завоевания или сохранения рынка
- влияния на покупательскую активность.

Цена создает определенный “образ” товара в глазах потребителей, которые часто уверены, что цена напрямую связана с качеством. Поэтому снижение цены может привести как к большим объемам дополнительных продаж, так и к уменьшению числа покупок, т.к. покупатели могут расценивать это как результат ухудшения качества товара или услуги.

Основным принципом формирования цен на рынке медицинских услуг является затратный принцип, в соответствии с которым цена медицинской услуги включает цену затраченных на ее осуществление ресурсов (рабочей силы, медикаментов, материалов, оборудования и пр.). В связи с этим подорожание любого из ресурсов ведет к немедленному росту цен на товары и услуги медицинского назначения.

Сформированная таким образом цена состоит из двух стоимости и прибыли.

Ценовая стратегия предусматривает использование на рынке различных видов цен:

- стандартные цены - такие, которые остаются неизменными в течение длительного времени;
- меняющиеся цены - такие, которые реагируют на изменения в издержках, спросе, ценах конкурентов (например, сезонные товары, такие, как средства от пыльцевой аллергии, возникающей весной, в период цветения трав);

- единые (стабильные) цены дают возможность покупателям приобрести товар или услугу по одинаковой цене; они характерны для рынков, где осуществляется массовая продажа товаров;
- гибкие (эластичные) цены - которые устанавливаются в зависимости от ситуации на рынке медицинских услуг на данный момент времени. Они формируются как результат соглашения между продавцом и покупателем в каждом конкретном случае и зависят от умения сторон торговаться. Этот вид цен имеет место в случаях сильного колебания спроса и предложения в относительно короткие промежутки времени (например, следует противостоять новым конкурентам, внедряющимся на рынок, применяя специально заниженную цену, уникальное медицинское оборудование). Кроме того, такие цены преобладают на рынках, где заключаются индивидуальные сделки;
- льготные (стимулирующие) цены искусственно занижены, устанавливаются с целью привлечения покупателей и часто являются убыточными для производителя;
- преимущественные цены - такие, которые позволяют сохранить позиции и преимущества по отношению к конкурентам, заставляя их платить слишком высокую цену за право внедрения на рынок;
- “психологические” цены - которые устанавливаются ниже круглой цифры и выражаются нечетным числом. Такие цены очень привлекательны, т.к. потребителям нравится получать сдачу; им кажется, что это сниженные цены, что учреждение идет навстречу своим пациентам;
- престижные цены - которые устанавливаются на “модные” медицинские услуги (пластические операции лица, шеи и т.п.). Чтобы установить такие цены, нужно быть уверенным в высокой репутации медицинского учреждения и уникальности предлагаемых услуг. В этих случаях пациенты готовы платить более высокую цену и приобретать услугу по цене не ниже определенного уровня [28].

Широко используется на медицинском рынке система ценовых скидок (за количество закупленного товара, за платежи наличными, в виде зачетов, когда цена нового товара уменьшается при сдаче старого и т.п.).

Таким образом, при установлении цены на товар (услугу) производитель должен исходить из предполагаемых затрат на его разработку, производство и сбыт, конкуренции со стороны других медицинских учреждений и психологии покупателей.

Составляется калькуляция всех издержек и предельной, которая представляет собой прибыль за вычетом издержек. На базе этих данных устанавливается первоначальная цена, которая затем может изменяться в зависимости от сравнения с ценами изделий-аналогов конкурентов. В дальнейшем производится корректировка цен с тем, чтобы добиться максимального эффекта от продажи товара (услуги) на рынке с учетом психологии покупателей, возможностей дальнейшего совершенствования изделия и предполагаемой реакции конкурентов. При этом принимаются во внимание такие факторы, как уровень цен, объем продаж, возможности расширения спроса и пр.

Процесс ценообразования состоит из последовательно осуществляемых действий по формированию цены: от выбора ценовой политики организации до проведения конкретных расчетов. В зависимости от степени самостоятельности организации в вопросах ценообразования (то есть, в зависимости от того, какие формируются цены - свободные или регулируемые), каждый этап работы по расчету цены осуществляется либо самой организацией в соответствии с ее собственными представлениями и предпочтениями в области ценообразования, либо в соответствии с установленными для организации конкретной организационно-правовой формы подходами и правилами ценообразования.

Общая схема расчета цены складывается из следующих основных этапов:

1. Постановка целей и задач ценообразования. Цену следует рассматривать как фактор, оказывающий прямое воздействие на доходы организации, структуру деятельности, методы работы организации. Поэтому четкость постановки целей и задач ценообразования предопределяет правильность установления цен.

2. Оценка уровня спроса. Цена и спрос находятся в определенной зависимости друг от друга, поэтому необходимо учитывать уровень спроса на конкретные виды услуг, оценивать эластичность спроса по цене, возможную реакцию рынка на изменения объемов услуг. Спрос определяет максимальную цену, по которой может быть реализована услуга. Финансовый анализ позволяет выявить потенциал совершенствования процесса предоставления услуг для удовлетворения потребности населения в услугах того же уровня качества, как и у конкурентов, но с меньшими затратами.

Эластичность спроса на ту или иную медицинскую услугу определяется по формуле:

Эластичность спроса = Процентное изменение количества потребляемых услуг / Процентное изменение цены

3. Оценка издержек производства. Издержки по предоставлению услуг определяют минимальную цену услуги. На этом этапе важно использовать системы бухгалтерского и управленческого учета, позволяющие формировать и анализировать состав и структуру затрат, их поведение относительно объемов деятельности (постоянные, переменные, валовые издержки производства при различных объемах деятельности).

4. Анализ цен и качества услуг конкурентов. При принятии решения об уровне цен рассматривают интервал между значениями максимальной цены, определяемой спросом, и минимальной цены, определяемой издержками производства. Именно для выбора цен в этом интервале изучают цены и качество аналогичных услуг потенциальных конкурентов, чтобы объективно оценить свое место по отношению к другим производителям.

5. Выбор метода ценообразования. Метод ценообразования оказывает влияние на уровень цены, поэтому важно выбрать способ установления уровня цен, исходя из целей и задач ценообразования.

6. Расчет исходной цены. С использованием выбранного метода определяется возможный уровень цен.

7. Учет дополнительных факторов. Перед определением окончательного уровня цен организация должна учесть дополнительные факторы, влияющие на цены, например, уровень налогообложения, изменение норм государственного регулирования.

8. Установление окончательной цены.

При определении цены возможны различные методические подходы.

Рыночные методы определения цен ориентируются, в основном, на спрос. Чем выше спрос, тем выше цена продукции и услуг, и наоборот. Наиболее распространенным методом рыночного ценообразования является метод текущей цены. При этом в качестве ориентира могут использоваться как среднетраслевые цены, так и цены организации, являющейся ценовым лидером. Рыночные методы ценообразования заставляют организацию ужесточать контроль за издержками и уровнем их возмещения через цену.

Затратные методы ценообразования. Эти методы строятся, в первую очередь, на учете интересов производителя, желающего возместить понесенные издержки и получить гарантированный доход (или прибыль). Наиболее широко на практике используются:

- метод, основанный на определении полных издержек;

- метод, ориентирующийся на прямые затраты.

Метод учета рентабельности инвестиций также является затратным методом. Данный метод решает задачу возмещения привлеченных инвестиций и капитала через уровень цены.

В целом затратные методы ценообразования полезны для установления базисной цены, так как именно издержки производства определяют ее минимальный уровень. Далее уже с учетом спроса и других факторов решается вопрос о целесообразности производства конкретных услуг.

Для затратных методов ценообразования особое значение имеет уровень и вид закладываемых в структуру цены затрат. Если цена формируется на основе исключительно фактических затрат, то практически отсутствуют стимулы к управлению затратами. Одним из основных управляющих воздействий на цену в этом случае будет платежеспособный спрос, снижение которого может являться косвенным указанием на высокий уровень фактических расходов и цен.

В качестве альтернативы затратным методам ценообразования на основе фактических расходов целесообразно использовать нормативный метод ценообразования. Являясь, по сути, также затратным, нормативный метод расчета цен предполагает использование заранее установленных норм и нормативов, поэтому данный метод рассматривается как один из самых эффективных методов управления себестоимостью (рационально разработанные нормативы стимулируют снижение затрат на производство в целом). Например, если медицинская организация при расчете цен на услуги будет ориентироваться только на свои фактические затраты, то в результате за счет такого уровня цен будет покрываться и нерациональное использование ресурсов, и недостаточная загрузка мощностей организации. Затратные методы ценообразования на основе нормативных затрат позволяют устанавливать такие цены, которые будут отражать технологически рациональные расходы на предоставление услуг. В результате организация будет вынуждена анализировать свою деятельность, находить зоны неэффективного использования ресурсов и принимать адекватные меры по изменению ситуации. Однако нормативный метод ценообразования предъявляет особые требования к разрабатываемым нормам и нормативам.

В настоящее время в здравоохранении используются три основных способа расчета цен. Основное отличие, позволяющее объединить все технические приемы расчетов в три способа, заключается в соответствии уровня агрегации исходных данных о затратах требуемым

единицам расчета. Например, необходимо установить цену на конкретную медицинскую услугу, а данные о расходах имеются только по подразделению.

Первый способ предполагает осуществление расчета цен по принципу «от общего к частному». Это значит, что исходную информацию об издержках можно получить только для организации в целом.

Второй способ условно можно назвать расчетом по методу оценки ресурсов рабочего места (кабинета, службы, отделения). Данный метод рекомендуется использовать для решения двух основных задач:

-построения медицинского, технического и экономического обоснования деятельности кабинета, службы, отделения (например, финансового плана, сбалансированного с объемами работ);

-расчета индивидуальных затрат и цен для услуг и работ, выполняемых на данном рабочем месте.

Третий способ расчета цен называется методом технологических расчетов. Данный метод предполагает наличие следующей информации: классификатора (перечня) услуг, для которых рассчитываются цены; технологические правила проведения работ, в том числе состав и квалификация исполнителей, технологическое время участия в работе каждого из исполнителей; технологический набор материалов и натуральные показатели или нормы расходов этих материалов; перечень и характеристики используемого оборудования и т. д. [29].

Анализ методик и практики ценообразования позволяет сформулировать три первоочередные задачи по дальнейшему совершенствованию экономической работы в организациях системы здравоохранения. Это:

- разработка и внедрение в практику методов анализа хозяйственной деятельности медицинских учреждений на основе систем учета затрат и управленческого учета. Только использование указанных методов позволяет обосновать уровень и структуру ценовых показателей;
- разработка протоколов (стандартов) ведения пациентов с целью определения реально необходимых ресурсов на предоставление медицинской помощи и внедрения методов ценообразования, основанных на нормативных затратах;

- активное освоение общих подходов к теории ценообразования и внедрение их в практику здравоохранения с учетом отраслевой специфики.

Тестовые задания:

1. Целью какого этапа ценообразования является определение качественных, а также количественных характеристик обслуживания пациентов, показателей состояния и степени износа основных фондов?
 - а) подготовительный
 - б) сбор первичной информации, оперативный экономический анализ
 - в) определение себестоимости
 - г) коррекция
 - д) итоговый
2. Подготовительным этапом в ценообразовании является?
 - а) ввод инфляционных коэффициентов
 - б) определение качественных, а также количественных характеристик обслуживания пациентов
 - в) конкретизация задач, выбор метода образования цены, методическая работа
 - г) расчет различного вида затрат
 - д) расчет стоимости вновь вводимых услуг
3. Какими бывают затраты с точки зрения ценообразования?
 - а) прямыми и косвенными
 - б) правильные и неправильные
 - в) материальные и нематериальные
 - г) определенные и условные
 - д) полезные и бесполезные
4. Стандартными ценами являются?
 - а) такие, которые остаются неизменными в течение длительного времени
 - б) такие, которые реагируют на изменения в издержках, спросе, ценах конкурентов
 - в) которые устанавливаются в зависимости от ситуации на рынке медицинских услуг на данный момент времени
 - г) такие, которые позволяют сохранить позиции и преимущества по отношению к конкурентам, заставляя их платить слишком высокую цену за право внедрения на рынок

д) которые устанавливаются ниже круглой цифры и выражаются нечетным числом

5. Цены, которые устанавливаются в зависимости от ситуации на рынке медицинских услуг на данный момент времени –

- А) единые (стабильные) цены
- Б) льготные (стимулирующие) цены
- В) гибкие (эластичные) цены
- Г) меняющиеся цены
- Д) стандартные цены

6. Общая схема расчета цены складывается из сколько основных этапов:

- А) 5
- Б) 7
- В) 2
- Г) 4
- Д) 8

8. Модель ценообразования в стоматологической организации

В условиях экономического кризиса эффективность финансово-хозяйственной деятельности любой фирмы, оказывающей населению стоматологические услуги, во многом зависит от правильно выбранной стратегии и тактики ценообразования [30].

Ценообразование - важнейший элемент маркетинга. Установленная цена на товар или услугу отражает, насколько правильно была разработана и реализована программа маркетинга. В нынешних условиях экономического кризиса руководители стоматологических фирм рассматривают проблему ценообразования как ключевую, выделяя три основных вопроса:

- на каком уровне следует устанавливать цены на стоматологические услуги;
- каковы фактические издержки (затраты) на проведение конкретного вида лечебной работы;
- как следует изменять цены, учитывая конъюнктуру рынка и общую экономическую ситуацию в стране [31].

Модель ценообразование в стоматологии, как и в любом другом бизнесе, – непрерывная работа. Среди основных причин, по которым стоматологические клиники становятся банкротами, - неспособность организации дать объективную оценку влияния стоимости услуг на уровень прибыли [32].

Приведем пример. Вы провели расчеты себе стоимости установки пломбы - 4000 тенге. В прейскуранте вы указали 5000 тенге, и это нормально. При незначительном увеличении цены ваша прибыль значительно возрастает. По такому же закону ситуация меняется в обратном направлении. Делая даже маленькую скидку, вы теряете большую часть дохода.

Для стоматологической организации можно выделить следующие основные цели:

1. обеспечение выживаемости;
2. максимизация текущей прибыли;
3. максимальный охват рынка;
4. лидерство по показателям качества оказываемых стоматологических услуг [33].

Можно выделить четыре основных уровня цен:

- 1) минимальный уровень цены, определяемый затратами;
- 2) максимальный уровень цены, определяемый спросом или ценностью стоматологической услуги;

- 3) оптимальный уровень цены для достижения поставленных целей;
- 4) уровень цены безразличия, при котором пациенту безразлично, в какую фирму обращаться - вашу или к вашим конкурентам (для фирм одного уровня качества стоматологических услуг).

Таким образом, установить оптимальные цены на все виды лечебных процедур практически невозможно без комплексного подхода к ценообразованию и учета множества факторов. В современных условиях цены на стоматологические услуги не могут устанавливаться без учета изменения ситуации с запросами и предпочтениями пациентов.

Модель ценообразование в стоматологии проходит 3 практических этапа:

Этап 1. Выбор ценового сегмента. До начала открытия стоматологии решите, в каком ценовом сегменте вам выгодно работать. Зачастую люди теряются в определениях «дорого» и «дешево». Априори любые виды услуг, оказываемые качественно, не могут стоить дешево. Чтобы медицинское учреждение предлагало эффективное лечение, к работе нужно привлекать квалифицированных специалистов, устанавливать на предприятии высококлассное оборудование и закупать хорошие материалы у проверенных поставщиков. Все это требует значительных затрат. Если определенные виды процедур стоят недешево, то это не значит, что организация является элитной и дорогой. Это значит, что специалисты предлагают пациентам качественное лечение. Если вы уверены в качестве обслуживания, которое предоставляете, то ставьте оптимальный, по вашему мнению, тариф, не боясь «загнуть цену». Если ваши клиенты поймут, что расценки соответствуют качеству, то продолжат к вам ходить сами и будут советовать знакомым.

После того как вы определитесь с ценовой политикой, составьте перечень конкурирующих предприятий, узнайте тарифы на конкретные виды услуг, вычислите среднее значение и приплюсуйте к нему 5-10%. Не рекомендуем ставить цены ниже, чем у конкурентов, поскольку клиенты, увидев это, решат, что ваше качество хромает. Многие отдадут предпочтение фирмам с наиболее высокими расценками, нежели бюджетным компаниям. В современном мире тариф – своеобразный показатель качества.

Выбрав ценовую политику, упоминайте о ней в каждом рекламном материале. Клиенты должны видеть высокую стоимость на различные виды процедур и понимать, чем она обусловлена. Покупатели делают выбор в пользу тех предложений, цена на которые соответствует их взглядам. При правильном подходе эти убеждения можно изменить.

На сегодняшний день существуют стоматологические клиники, работающие в следующих ценовых категориях. Эконом . Бизнес . Премиум. Ценообразование стоматологии никак не связано с масштабом клиники. Зачастую различные услуги, прайс на которые очень низкий, оказывают клиники со множеством кабинетов. Также высокую стоимость работы может установить и стоматология премиум-класса с одним кабинетом. Чтобы понять, в каком сегменте лучше работать, оцените вашу клинику объективно. Все в ней должно соответствовать тарифам, начиная от помещения и оборудования и заканчивая квалификацией персонала.

Этап 2. Установка диапазона цен. Работая с тарифами, следует проводить расчеты верхних и нижних ценовых границ. Выбиваться за их рамки не следует. Что касается нижней границы, то отталкиваться здесь стоит от себестоимости услуг, которая зависит от затрат на материалы, заработной платы сотрудников, цены на аренду помещения, вида оборудования. Совокупность этих факторов оказывает прямое влияние на исходный тариф.

Кроме того, есть множество незапланированных расходов, среди которых затраты на ремонтные работы, междугородние телефонные переговоры, оплата штрафов за различные нарушения. Вам следует учесть массу параметров для определения себестоимости и выявления прибыльной цены на оказываемое обслуживание. Прайс должен соответствовать всем показателям. На верхнюю границу влияет выбранный ценовой сегмент. Если ваша стоматологическая клиника эконом-класса, то нужно учитывать ограничения по стоимости в госучреждениях медицинской сферы. У вас есть возможность сделать цены выше, чем в государственных клиниках, только на 20-30%. Бизнес-сегмент дает больше пространства для ведения ценовой политики. Но при этом ставить тарифы на те или иные процедуры в несколько раз выше, чем у конкурентов, неразумно. Вы просто потеряете клиентов. И только клиники премиум-сегмента могут поставить абсолютно любой тариф на уникальные виды услуг высочайшего качества, оказываемые в соответствии с мировыми стандартами.

Итак, вы определились с диапазоном цен. Теперь перейдем к выбору уровня, на котором лучше всего работать. Здесь возникает один непонятный момент. Предположим, вы чуть повысили тарифы. Часть клиентов отсеялась, но прибыль осталась прежней. Это хорошая ситуация или плохая? С первого взгляда неясно – вроде бы все как

прежде, но это не так. Если клиника принимает меньше клиентов, то сокращается расход материалов, а у вас появляется возможность уделить каждому пациенту больше времени, повысив качество лечения. И основное – вы не стремитесь увеличить число посетителей. Вы хотите заработать больше на тех же услугах, что действуют в клинике сейчас. Но и здесь есть небольшая проблема. Есть понятие «упущенной прибыли». Подобные ситуации возникают, когда клиент готов платить за определенные виды мероприятий высокую цену, чтобы получить лучшее качество. Но ему предлагают более низкий тариф [34].

Этап 3. Обоснование цены. При работе с преискурантом важно обосновывать тарифы на всевозможные виды стоматологических услуг. Вы должны при необходимости уметь грамотно объяснить, по какой причине тот или иной вид обслуживания столько стоит. При этом в пояснении нуждаются как высокие, так и низкие тарифы. Люди нередко интересуются, почему в стоматологических клиниках так дорого и почему так дешево, возможно, отдельные виды услуг плохого качества? Любой свой ответ вы должны четко аргументировать. Каждый из этих вопросов со стороны пациента уместен. Важно, как ваши сотрудники реагируют на расспросы. Если они начинают волноваться или молчать, то не исключено, что клиенты заметят это и постепенно будут уходить.

Итак, при обосновании стоимости услуг необходимо: описывать оборудование; ссылаться на бренд; рассказывать об особых характеристиках материалов; указывать квалификацию специалистов, работающих в вашей компании. О любом из этих показателей вы и ваши сотрудники должны уметь рассказать клиенту простым языком без сложной профессиональной терминологии. Обосновывая цену, вы также должны ссылаться на то, что получает клиент [35].

К примеру: «Мы оснащаем нашу стоматологию дорогостоящим оборудованием, чтобы обеспечить комфорт при проведении лечебных процедур и здоровье наших клиентов». При переводе беседы в русло здоровья стоимость отходит на второй план.

В условиях рыночной экономики необходимо определить перспективы деятельности того или иного стоматологического учреждения, исходя из целей получения максимального экономического эффекта его функционирования. Достижению этой цели во многом способствует ценообразование. Разрабатывая его, нужно четко определить, на какие категории населения рассчитаны новые стоматологические услуги. Необходимо также стремиться с максимальной степенью достоверности оценить экономические категории: доходы, расходы, себестоимость и др. [36].

Ценообразование имеет и самостоятельную ценность, как эффективный инструмент управления, помогающий менеджеру разобраться в перспективах роста учреждения, предвидеть возможные изменения и проблемы в будущем, контролировать текущую ситуацию и оценивать результаты [37].

- 1) Краткое содержание модели ценообразования. Основные положения предлагаемого проекта.
- 2) Анализ положения дел в отрасли. Создаваемая компания и ее услуги или продукты.
- 3) Исследование и анализ рынка. Оценка конкуренции. Предполагаемый объем продаж. Необходимо четко определить круг потребителей предлагаемых услуг.
- 4) Процесс производства (подробное описание и обоснование). Особое внимание следует обращать на те фазы производственного цикла, выполнение которых поручается подрядчикам.
- 5) План маркетинга. Детальное описание стратегии достижения намечаемого уровня продаж: политика реализации услуг, подходы к ценообразованию, стратегия рекламы.
- 6) Организационный план: правовой статус стоматологического учреждения, форма собственности, сведения о партнерах, членах руководящего состава, мера их ответственности. Организационная структура стоматологического учреждения, распределение обязанностей по функциям управления.
- 7) Оценка степени риска. Анализ слабых сторон деятельности учреждения. Возможность появления новых технологий производства аналогичных стоматологических услуг и товаров. Описание и анализ альтернативных стратегий деятельности стоматологического учреждения. Разработка мероприятий по минимизации возможных потерь.
- 8) Финансовый план. Экономические и финансовые характеристики деятельности стоматологического учреждения: доходы и расходы, денежные поступления и платежи, баланс. Уместно привести подробные таблицы доходов и затрат.

Перспективы развития стоматологического учреждения оценивают обычно на 2 - 3 года. Грамотно составленная модель ценообразования свидетельствует о том, что организация способна эффективно наладить дело и управлять им. Расплата же за некачественную модель слишком высока и не оправдывает сэкономленных при его составлении средств. Создание квалифицированного ценообразования под силу лишь команде профессионалов, каждого в своей области: управления,

финансах, маркетинге. Следовательно, к составлению этого ответственного документа следует привлекать профессиональных менеджеров. [38]

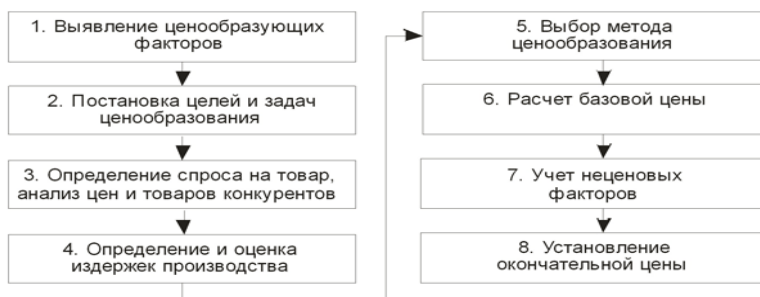


Рис. 9 Схема установления окончательной цены

Тестовые задания:

1. Основные цели ценообразования в стоматологии:

- а) минимизация убытков
- б) максимизация прибыли
- в) выход на мировой рынок
- г) расширение доли продукции
- д) обеспечение сбыта продукции

2. Задачи, решаемые в процессе ценообразования в системе здравоохранения:

- а) снижение издержек
- б) определение спроса
- в) разработка нового продукта
- г) оптимизация производственных площадей продавца
- д) повышение издержек

3. Выберите один из внутренних факторов ценообразования в стоматологии

- а) реклама
- б) улучшение качества производимой продукции
- в) уровень динамики инфляции
- г) характер конкуренции между производителями
- д) все ответы верны

4. На рынках с высокой чувствительностью покупателей к цене целесообразно ...

- а) не изменять цены
- б) повышать цены
- в) снижать цены
- г) увеличивать объемы производства
- д) нет верного ответа

5. Максимизация массы прибыли — это:

- а) способ учета в цене величины прибыли
- б) функция цены
- в) задача ценовой стратегии организации
- г) задача государственной ценовой политики
- д) задача цены

6. Методология ценообразования — это:

- а) наиболее общие условия, необходимые для обеспечения нормального процесса формирования, установления и применения цен
- б) перечень различных переменных аргументов (условий), которые оказывают влияние на формирование уровня, структуры и динамики цены
- в) совокупность методов, правил и технологии формирования цены, отражающих особенности построения конкретных видов цен
- г) совокупность принципов, правил и методик формирования цен, используемых участниками процесса ценообразования для решения конкретных задач
- д) нет правильного ответа

7. Принципы ценообразования — это:

- а) перечень различных переменных аргументов (условий), которые оказывают влияние на формирование уровня, структуры и динамики цены, определяя их повышательную или понижительную тенденцию
- б) совокупность способов формирования цен, методов их разработки участниками ценообразования, а также система управления ценами
- в) наиболее общие условия, необходимые для обеспечения нормального процесса формирования, установления и применения цен
- г) система факторов, влияющих на ценообразование
- д) система задач, которые влияют на политику формирования цен

8. Анализ системы цен в стоматологии начинается с рассмотрения следующих параметров:

- а) уровня цен, структуры цен, ставки рефинансирования
- б) принципов распределения прибыли, уровня цен, динамики цен
- в) структуры цен, уровня цен, валютного курса
- г) динамики цен, уровня цен, структуры цен
- д) все ответы верны

9. Административный процесс в здравоохранении.

Основные понятия

Административный путь. Данный путь предполагает следующие направления: реорганизацию республиканских и областных учреждений здравоохранения с целью их приспособления к работе в рыночных условиях (создание гибкой организационно-штатной структуры, позволяющей к быстрой адаптации к постоянным изменениям спроса на медицинские услуги); коренное реформирование работы кадровой службы, её реальное участие в принятии решений о подборе, расстановке и назначении кадров на основе научных достижений в области управления (кадрового менеджмента), психологии, социологии и права; развитие принципов преемственности и непрерывности лечебно-диагностического процесса, четкое распределение функций на каждом этапе оказания помощи, внедрение экономически целесообразных организационных форм медицинского обслуживания; точный расчет необходимых затрат, разработка целевых программ по наиболее актуальным проблемам здравоохранения и т.д.; повышение регулирующей роли государства в форме адекватной системы государственных гарантий, а также уровня медико-социальной защиты больных и инвалидов, интеграции здравоохранения и социальной защиты в единую систему, имеющую целевое финансирование; оптимизацию процесса принятия и контроля реализации управленческих решений в здравоохранении .

Информационный путь адаптации медицинского учреждения к рынку предполагает систематическое внедрение новых методов организации и управления производством медицинских услуг в учреждениях здравоохранения, интенсивное использование наиболее передовых технологий и автоматизированных систем управления; создание постоянно действующей всероссийской системы мониторинга здоровья населения и социально-гигиенического мониторинга на основе современных компьютерных технологий; внедрение

автоматизированной системы управленческого учета; диспетчеризацию и регулирование потоков пациентов, информации, финансов, материально-технических ресурсов с использованием компьютерной техники. 5. Психологический путь адаптации медицинского учреждения к рынку направлен на повышение уровня социальной зрелости медицинских коллективов, что усиливает производственные возможности медицинского учреждения и остановить отток высококвалифицированных кадров из системы здравоохранения [39].

Основанием привлечения к административной ответственности является наличие состава административного правонарушения.

Административным правонарушением согласно статье 28 Кодекса об административных правонарушениях республики Казахстан (далее - КоАП РК) признается противоправное, виновное (умышленное или неосторожное) действие либо бездействие физического лица или противоправное действие либо бездействие юридического лица, за которое Кодексом предусмотрена административная ответственность.

Какие дела рассматривают административные суды?

Судьи административных судов рассматривают дела об административных правонарушениях (ст. 54 КоАП РК), т.е. таких видов правонарушений, которые по степени опасности не являются преступлениями, и предусмотрены в КоАП РК.

Нормы административного законодательства, регламентирующие защиту граждан от правонарушений в сфере здравоохранения

Глава 10 «Административные правонарушения, посягающие на права личности»:

- «Несоблюдение порядка, стандартов и некачественное оказание медицинской помощи» (ст.85).
- «Нарушение медицинским работником правил выдачи листа или справки о временной нетрудоспособности» (ст.85-1).
- «Нарушение медицинским работником правил выписывания рецептов и реализации лекарственных средств» (ст.85-2).
- «Разглашение врачебной тайны» (ст.85-3).

Глава 12 «Административные правонарушения, посягающие на права несовершеннолетних»:

«Продажа табака и табачных изделий лицам и лицами, не достигшими восемнадцати лет» (ст.114).

Глава 21 «Административные правонарушения, посягающие на общественную безопасность и здоровье населения»:

- «Незаконная медицинская и (или) фармацевтическая деятельность» (ст.322).
- «Нарушение законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения, а также гигиенических нормативов» (ст.323).
- «Нарушение правил фармацевтической деятельности» (ст.324).
- «Незаконная медицинская деятельность и незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ (ст.324-1)»
- «Недостоверная реклама в области здравоохранения» (ст.325).
- «Уклонение от медицинского обследования и лечения лиц, находящихся в контакте с ВИЧ-инфицированными, больными СПИДом, венерическими болезнями, туберкулезом, а также лиц, потребляющих наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача» (ст.326).
- «Уклонение от лечения лиц с заболеваниями, представляющими опасность для окружающих» (ст.327).
- «Соккрытие лицами с заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, источника заражения и лиц, находившихся с ними в контакте» (ст.328).
- «Предоставление субъектами здравоохранения заведомо ложных сведений и информации для получения разрешительных документов на занятие медицинской деятельностью» (ст.328-1) [40].

Понятие и сущность административных процедур в сфере здравоохранения

Проведение комплексного анализа процедурных вопросов в сфере здравоохранения актуализирует необходимость теоретического осмысления такой научной категории, как административная процедура в сфере здравоохранения.

Административные процедуры в сфере здравоохранения представляют собой нормативно установленный порядок реализации административно-властных полномочий государственными органами и должностными лицами, направленный на выполнение управленческих функций в сфере здравоохранения [41].

Все многообразие административных процедур в сфере здравоохранения можно разделить на три основные группы. К первой

группе относятся лицензионно-разрешительные процедуры в сфере здравоохранения. На примере лицензирования медицинской деятельности в рамках данной группы можно указать следующие административные процедуры:

- рассмотрение заявления, документов и принятие решения о предоставлении (или об отказе в предоставлении) лицензии на осуществление медицинской деятельности;
- переоформление документов, подтверждающих наличие лицензии на осуществление медицинской деятельности;
- контроль за соблюдением лицензиатами лицензионных требований и условий при осуществлении медицинской деятельности;
- обращение в суд с заявлением о приостановлении деятельности лицензиата за нарушение лицензионных требований и условий, об аннулировании лицензии на осуществление медицинской деятельности;
- ведение реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности и предоставление заинтересованным лицам сведений из реестра и иной информации о лицензировании.

Результатом лицензирования является решение лицензирующего органа о предоставлении (переоформлении) лицензии и выдача документа, подтверждающего наличие (переоформление) лицензии, либо решение лицензирующего органа об отказе в предоставлении (переоформлении) лицензии.

Ко второй группе относятся регистрационные процедуры в сфере здравоохранения. Например, предоставление государственной услуги по регистрации медицинских организаций (юридических лиц и индивидуальных предпринимателей) включает в себя такие административные процедуры, как:

- прием и регистрация представленных документов;
- формирование и направление межведомственного запроса в государственные органы и иные органы, участвующие в предоставлении государственной услуги, о предоставлении документов, необходимых для предоставления государственной услуги;
- рассмотрение представленных документов и принятие решения о государственной регистрации либо об отказе в государственной регистрации;
- подготовка и оформление документов, являющихся результатом предоставления государственной услуги;
- выдача документов, являющихся результатом предоставления государственной услуги.

К третьей категории административных процедур в сфере здравоохранения относятся правотворческие процедуры. Правотворческий процесс — это процедура, установленная соответствующими законами и включающая в себя ряд стадий. В юридической литературе называют разное число стадий. Так, В. В. Лазарев и С. В. Липень выделяют следующие три стадии правотворчества, в том числе в сфере здравоохранения: подготовка проекта нормативного правового акта; принятие акта (прохождение его в правотворческом органе); введение его в действие. Используя широкий подход при дифференциации правотворческой процедуры в сфере здравоохранения, целесообразно выделять следующие этапы:

- принятие решения о внесении изменений в действующую систему норм права в сфере здравоохранения;
- подготовка проекта нормативного правового акта в сфере здравоохранения;
- рассмотрение проекта правотворческим органом;
- обсуждение и согласование проекта с заинтересованными субъектами;
- принятие нормативного правового акта;
- опубликование нормативного правового акта.

Большинство вышеуказанных стадий правотворческого процесса в сфере здравоохранения носит подготовительный характер и не порождает правовых последствий. Однако наличие этих стадий для правотворческого процесса необходимо. Официальному закреплению государственной воли в нормах права и их опубликованию отводится две (три) стадии, превращающие проект нормативного правового акта в правовой документ, имеющий общеобязательный характер. Результатом правотворческих процедур в сфере здравоохранения является принятие, изменение или отмена нормативных правовых актов разной юридической силы в рассматриваемой области.

С 1 января 2016 г. изменился ряд норм, регламентирующих лицензионно-разрешительные процедуры в сфере медицинской и фармацевтической деятельности. При этом особое внимание необходимо обратить на следующие административные процедуры:

- лицензирование медицинской деятельности;
- лицензирование фармацевтической деятельности;
- аккредитация специалиста;
- аттестация медицинских и фармацевтических работников;
- сертификация медицинских и фармацевтических работников;

- лицензирование профессиональной деятельности медицинских работников и др. [41].

Тестовые задания:

1. «Административный процесс в здравоохранении. Основные понятия»

Найдите 5 основных компонентов Стратегии реформирования здравоохранения Республики Казахстан.

- а) реформирование и развитие ПМСП,
- б) совершенствование системы управления здравоохранением,
- в) укрепление здоровья матери и ребенка,
- г) совершенствование профилактики, диагностики, лечения и реабилитация социально значимых заболеваний,
- д) подготовка и переподготовка кадров здравоохранения,
- е) развитие стационарозамещающих технологий,
- ж) льготное лекарственное обеспечение больных.

- а) а,в,д,е
- б) б,в,е,ж
- в) а,в,г,ж
- г) а,б,в,г
- д) е,ж,в,г

2. Что не относится к методам управления здравоохранения?

- а) организационно-распорядительные
- б) экономические
- в) социально-психологические
- г) коллективные (общественные)
- д) государственные

3. Какие методы обычно быстро дают результаты в отличие от остальных способов воздействия, результаты которых, как правило, проявляются с определенным «шагом времени» (то есть с определенной задержкой)?

- а) экономико-материальный;
- б) административно-распределительные;
- в) социально-психологические;
- г) экономико-математические;
- д) коллективный

4. Согласно какой статье, административным правонарушением Кодекса об административных правонарушениях республики Казахстан признается противоправное, виновное (умышленное или неосторожное) действие либо бездействие физического лица или

противоправное действие либо бездействие юридического лица, за которое Кодексом предусмотрена административная ответственность

- а) 25
- б) 26
- в) 27
- г) 28
- д) 29

5. Какая статья относится к главе 10 «Административные правонарушения, посягающие на права личности»?

- а) «Незаконная медицинская и (или) фармацевтическая деятельность» (ст.322)
- б) «Несоблюдение порядка, стандартов и некачественное оказание медицинской помощи» (ст.85)
- в) «Нарушение правил фармацевтической деятельности» (ст.324)
- г) «Уклонение от лечения лиц с заболеваниями, представляющими опасность для окружающих» (ст.327)
- д) «Недостоверная реклама в области здравоохранения» (ст.325)

6. Какая статья относится к главе 12 «Административные правонарушения, посягающие на права несовершеннолетних» ?

- а) «Продажа табака и табачных изделий лицам и лицами, не достигшими восемнадцати лет» (ст.114).
- б) «Несоблюдение порядка, стандартов и некачественное оказание медицинской помощи» (ст.85).
- в) «Нарушение правил фармацевтической деятельности» (ст.324).
- г) «Уклонение от лечения лиц с заболеваниями, представляющими опасность для окружающих» (ст.327).
- д) «Недостоверная реклама в области здравоохранения» (ст.325).

7. Какая статья относится к главе 21 «Административные правонарушения, посягающие на общественную безопасность и здоровье населения»?

- а) «Продажа табака и табачных изделий лицам и лицами, не достигшими восемнадцати лет» (ст.114).
- б) «Несоблюдение порядка, стандартов и некачественное оказание медицинской помощи» (ст.85).
- в) «Недостоверная реклама в области здравоохранения» (ст.325).

- г) «Нарушение медицинским работником правил выдачи листа или справки о временной нетрудоспособности» (ст.85-1).
- д) «Нарушение медицинским работником правил выписывания рецептов и реализации лекарственных средств» (ст.85-2).

8. В какой срок можно обжаловать постановление по делу об административном правонарушении?

а) Жалоба, протест на постановление по делу об административном правонарушении могут быть поданы в течение пяти дней со дня вручения копии постановления

б) Жалоба, протест на постановление по делу об административном правонарушении могут быть поданы в течение десяти дней со дня вручения копии постановления

в) Жалоба, протест на постановление по делу об административном правонарушении могут быть поданы в течение четырнадцати дней со дня вручения копии постановления

г) Жалоба, протест на постановление по делу об административном правонарушении могут быть поданы в течение месяца со дня вручения копии постановления

д) Жалоба, протест на постановление по делу об административном правонарушении могут быть поданы в течение трех дней со дня вручения копии постановления

10. Правовые акты здравоохранения. Основные документы. Законодательные акты в здравоохранении. Кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения»

Здоровье человека — высшее неотчуждаемое благо, без которого утрачивают свое значение многие другие блага и ценности. Право на здоровье включает в себя доступность (финансовую, географическую, культурную). Особенности реализации конституционных прав и свобод заключаются в том, что субъект постоянно должен пользоваться правами и свободами, например жизнью, здоровьем, т.е. неотъемлемыми благами.

Здоровье населения является также одним из приоритетов долгосрочной Стратегии развития «Казахстан-2050». В соответствии с данной стратегией одним из приоритетных направлений развития общества является совершенствование отечественного здравоохранения, поднятие уровня медицинского обслуживания до цивилизованных стран. В стратегии определяются пути решения и улучшения качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения. В связи с этим Президент РК Н.А.Назарбаев считает необходимым добиться результативности и повышения качества медицинских услуг путем пересмотра механизмов управления, финансирования, координации и контроля в сфере здравоохранения.

Важно четко определить ту часть медицинских услуг, которые оказываются государством, и не смешивать их с частными услугами. С другой стороны, необходимо дать возможность для развития частной медицины. Глава государства подчеркивает, что начальная медицинская подготовка должна стать обязательной частью всех школьных и университетских учебных планов. В этой связи нужно добиваться повышения уровня знаний и информированности населения по вопросам здорового образа жизни и здравоохранения, оказывать особое внимание вопросам развития массового спорта и пропаганде спорта среди населения. Необходимо также ускоренными темпами перейти на международные стандарты обучения, аттестации и подготовки врачей и медицинских работников, продумать внедрение стимулирующей системы оплаты труда медицинских работников в зависимости от уровня их квалификационной категории, вида специальности и нагрузки [42].

Система правового обеспечения охраны здоровья граждан Республики Казахстан включает следующие основополагающие акты: Конституция Республики Казахстан; указы Президента Республики

Казахстана, имеющие силу закона; законы Республики Казахстан; постановления Парламента Республики Казахстан; постановления Правительства Республики Казахстан; нормативные акты Министерства здравоохранения Республики Казахстан (приказы, положения, инструкции и др.) [43].

Функционирование системы здравоохранения Республики Казахстан обеспечивается законодательными документами, основным из которых является Конституция Республики Казахстан (30 августа 1995 г.). Статья 29 Конституции Республики Казахстан гласит:

1. Граждане Республики Казахстан имеют право на охрану здоровья.

2. Граждане Республики Казахстан вправе получать бесплатно гарантированный объем медицинской помощи, установленный законом.

3. Получение платной медицинской помощи в государственных и частных лечебных учреждениях, а также у лиц, занимающихся частной медицинской практикой, производится на основаниях и в порядке, установленных законом.

Каждый гражданин Республики Казахстан наделен этим правом от рождения. Оно закреплено за ним пожизненно и принадлежит ему постоянно, пока он является гражданином Республики Казахстан. Право на охрану здоровья относится к социальным правам, которые могут быть реализованы только при участии государства. И государство, закрепляя в Конституции Республики Казахстан право на охрану здоровья, возлагает на себя обязанности по обеспечению их реализации, включая оказание медицинской помощи в гарантированном объеме за счет средств республиканского и местного бюджетов [42].

Охрана здоровья населения выходит за рамки компетенции сугубо системы здравоохранения. В этой связи, деятельность по охране здоровья населения охватывает многие отрасли казахстанского права: административное, гражданское, земельное, муниципальное, семейное, трудовое, уголовное, экологическое право.

Стратегия «Казахстан – 2050» «Процветание, безопасность, и улучшение благосостояния всех казахстанцев» включает долгосрочный приоритет 4. «Здоровье, образование и благополучие граждан». Стратегия в реализации этой цели состоит из следующих компонентов: предотвращение заболеваний и стимулирование здорового образа жизни, борьба с наркоманией и наркобизнесом, сокращение потребления алкоголя и табака, улучшение здоровья женщин и детей,

охрана здоровья матери и ребенка, улучшение качества питания, чистота окружающей среды и экологии, обеспечение чистой питьевой водой, соблюдение правил гигиены санитарии.

В целях реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и обеспечения гарантий их соблюдения в Республике Казахстан принимались многие законы, которые в последующем сформировали **основу Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года.** Лейтмотивом принятия Кодекса, который заменил собой 11 законов, регламентирующих медицинскую сферу, явилось создание условий для максимального закрепления права граждан на охрану здоровья, повышения статуса национальной медицины, приведения отечественного законодательства в области здравоохранения в соответствие международным стандартам.

В соответствии с международной практикой в Кодексе, в частности предусмотрено законодательное закрепление определений первичной, вторичной и третичной медицинской помощи, которые придут на смену морально устаревшим разделениям по формам и видам оказания медицинской помощи. Кодекс отразит нормативные аспекты интегрированной модели оказания медпомощи, программы управления основными хроническими заболеваниями и мультидисциплинарный подход в лечении пациентов.

Документ предполагает усиление ответственности местных исполнительных органов, в первую очередь – за обеспечение эффективной организации амбулаторно-поликлинической помощи населению.

В Кодексе также отражены положения о регулировании экономической доступности лекарств, расширении амбулаторного лекарственного обеспечения, совершенствовании процедур регистрации, сертификации лекарств и инспектирования производителей, а также развитие доклинических и клинических исследований в области фармации и переход на электронный формат закупа лекарств. В частности в проекте отмечено преимущественное право на заключение договоров в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи аккредитованных организаций здравоохранения, а также субъектов в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, получивших сертификат о соответствии объекта требованиям:

1) надлежащей производственной практики (GMP) при закупе лекарственных средств и заключении долгосрочных договоров поставки лекарственных средств, изделий медицинского назначения;

2) надлежащей дистрибьюторской практики (GDP) при закупе лекарственных средств, фармацевтических услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и заключении долгосрочных договоров по хранению и транспортировке лекарственных средств, изделий медицинского назначения;

3) надлежащей аптечной практики (GPP) при закупе фармацевтических услуг.

В Кодексе закреплены принципы государственной политики в области здравоохранения:

1) обеспечения равенства прав граждан на получение безопасной, эффективной и качественной медицинской помощи;

2) солидарной ответственности государства, работодателей и граждан за сохранение и укрепление индивидуального и общественного здоровья;

3) охраны материнства и детства;

4) обеспечения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;

5) приоритетности профилактической направленности в деятельности системы здравоохранения;

6) доступности медицинской помощи;

7) постоянного повышения качества медицинской помощи;

8) обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

9) преемственности деятельности организаций здравоохранения при оказании медицинской помощи;

10) обеспечения непрерывности и преемственности медицинского и фармацевтического образования с использованием современных технологий обучения;

11) государственной поддержки отечественной медицинской науки, внедрения передовых достижений науки, техники и мирового опыта в области здравоохранения;

12) поощрения добровольного безвозмездного донорства;

13) государственной поддержки отечественных разработок и развития конкурентоспособной медицинской и фармацевтической промышленности;

14) участия общественных объединений в обеспечении прав граждан на охрану здоровья;

15) социальной ориентированности здравоохранения, направленной на удовлетворение потребностей, нужд населения и улучшение качества жизни;

16) содействия в формировании здорового образа жизни и здорового питания;

17) отнесения здоровья населения, безопасности, эффективности и качества лекарственных средств к факторам обеспечения национальной безопасности.

Отдельные статьи кодекса посвящены таким понятиям, как «Государственное регулирование цен на лекарственные средства и медицинские изделия» и «Этическое продвижение лекарственных средств и медицинских изделий» [44].

Новое общественное здравоохранение является не заменой, а продолжением и развитием традиционного общественного здравоохранения и «организованными усилиями общества, направленными на разработку политики, обеспечивающей его здоровье, профилактику развития заболеваний, достижение социального равенства при поступательном экономическом развитии. Новое общественное здравоохранение сохраняет традиционные функции санитарии, охраны здоровья населения, контроля и регуляции, дополняя их новыми расширенными функциями [45].

Новое общественное здравоохранение - система мер широкого диапазона деятельности, включая первичную и вторичную медицинскую помощь, обеспечение укрепления здоровья и формирование здорового образа жизни, борьбу с инфекционными заболеваниями, улучшение гигиены окружающей среды. Эта система, основанная на межсекторальном подходе и мобилизации всего общества, является основой государственной политики охраны здоровья своего населения.

Новое общественное здравоохранение основано на использовании комплексного подхода к охране и укреплению здоровья отдельных людей и общества в целом, основанного на сочетании санитарных мер, охраны окружающей среды, укрепления здоровья населения, индивидуальных и общинных профилактических программ и координации деятельности с работой профилактических, реабилитационных служб и подразделений долгосрочного ухода.

Отличительные особенности нового общественного здравоохранения:

1) системный подход к решению проблем

2) межсекторальное взаимодействие

3) решение проблем на всех уровнях – государственные органы, СМИ, группы лоббирования, частные и государственные предприятия, промышленность, индустрия развлечений и спорта, законодательство, правоохранительные органы;

4) постоянный мониторинг эпидемиологических, экономических и социальных аспектов состояния здоровья населения

Новое общественное здравоохранение рассматривает с новых позиций:

1. *Вопросы экономики.* Одним из направлений решения проблемы распределения ограниченных ресурсов является определение универсального соотношения ПМСП и специализированной помощи и выбор системы финансирования здравоохранения с определением ответственности человека, работодателя и государства. В условиях ограниченности ресурсов необходим выбор модели, соответствующей требованиям максимизации эффективности при минимальных побочных эффектах.

2. *Медицинская информатика, в своей сетевой форме.* Распространение новых технологий невозможно без эффективной системы коммуникаций. Медицинские информационные системы должны быть построены таким образом, чтобы стимулировать партнеров с периферии быть активными участниками процесса - а не просто пассивными потребителями информации.

3. *Менеджмент.* Любая современная система здравоохранения это огромная организация высокой степени сложности, где работают люди, отобранные на основе образования и преданности делу. Если они высоко мотивированы, хорошо обучены и работают вместе в четко взаимодействующей команде, то тогда можно считать, что создана система здравоохранения, которая распределяет ограниченные ресурсы во благо пациентов. Если же - с другой стороны - их навыки и интеллект не используются до конца по причине плохо организации, бюрократизации, отсутствия поддержки эффективного поведения, отсутствия необходимой информации, то система здравоохранения работает с минимальной скоростью, потребляет огромные ресурсы и не влияет на состояние здоровья населения. Поэтому *менеджмент* на всех уровнях - это область исследований и обучения в сфере нового общественного здравоохранения.

4. *Партнерство в интересах здоровья.* Расширение и углубление *глобализации*, прежде всего, предполагает обмен опытом по внедрению различных моделей развития систем здравоохранения.

Кроме этого следует отметить, что существование здравоохранения в странах с низкими доходами невообразимо без притока экономических ресурсов извне. С глобальными угрозами здоровью можно справиться только совместными, глобальными, усилиями. И это должны быть партнерства, которые признают тот факт, что общественное здоровье может поддерживаться только за счет высоко мотивированных местных человеческих ресурсов. [46]

Направления развития нового общественного здравоохранения.

1. *Расширение властных полномочий* – мероприятия административно политического характера - создание государственного органа с делегированием ему новых государственных функций и полномочий по координации деятельности практически всех министерств и ведомств, имеющих отношение к формированию здоровья населения. Предполагается, что руководителями этого органа здравоохранения будут организаторы, пользующиеся в стране и за рубежом авторитетом и известностью. Обязательным условием работы руководителей такого ведомства должна быть публичность, открытость и доступность. Например, руководитель областного департамента здравоохранения, приравненный должности заместителя Акима области способен гораздо эффективнее решать поставленные новые задачи.

2. *Демократизация управления здравоохранением.* Опыт развития здравоохранения в развитых странах мира свидетельствует, что выборность руководителя вкупе с отчетностью и гласностью позволили, например, в Финляндии, создать хорошую систему здравоохранения на местном уровне.

3. *Улучшение менеджмента здравоохранения,* начиная с верхних эшелонов власти. Актуальным будет создание команд из числа специалистов широкого профиля. Главная идея: здравоохранение - наиболее важная часть государственной политики и за нее несут прямую ответственность руководители страны, все члены ее Правительства.

4. *Усиление социальной направленности здравоохранения,* объединение усилий различных ведомств в решении этого вопроса. Предполагается создание медико-социологической службы, расширение сети медико-социальных служб и активное привлечение населения к решению этих проблем.

5. *Изменение структуры специальностей здравоохранения,* расширение числа «комбинированных» специалистов медико-социального, медико-экономического профиля, медико-психологического характера.

Вызовами нового XXI века, в условиях глобализации мировой цивилизации и локализации войн, внедрения общечеловеческих новых стандартов поведения, культуры, общественной жизни будут, скорее всего болезни, связанные с:

1) неправильным образом жизни (курение, чрезмерное потребление алкоголя, неадекватное питание), обуславливающим высокий уровень заболеваемости и смертности от болезни сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, новообразований;

2) рискованным поведением молодежи (наркотики, алкоголь, преступность), обуславливающим заболеваемость и смертность от СПИД, болезней передаваемых половым путем, травм, отравлений и несчастных случаев.

3) экологическими проблемами, вызывающими, прежде всего, хромосомные нарушения и врожденные пороки развития.

4) социальными неблагоприятными условиями жизни (бедность, безработица, миграция и др.), обуславливающими неблагоприятный фон для развития болезней (анемия, инфекции, нарушения иммунитета и пр.).

Развитие здравоохранения XXI века предполагается в виде комплексности и неразрывности клинической медицины, укрепления и развития здоровья, межсекторальной, межведомственной, общественной ответственности за здоровье своего населения.

Проблемы и перспективы и развития нового общественного здравоохранения в Казахстане

Безусловно, к успехам относится сохранение основ прежней, одной из лучших систем здравоохранения в мире. Казахстан сегодня имеет достаточную сеть и структуру лечебно-профилактических учреждений, количество врачей и МПСЗ. В целом, существующая система здравоохранения удовлетворяет основные потребности населения республики в медуслугах.

Недостатки системы здравоохранения РК – попеременные метания в поиске собственной модели здравоохранения (3 модели медицинской системы - бюджетная, бюджетно-страховая и бюджетно-программная) и сегодня она, как указал Президент Назарбаев Н.С., "состоит из обломков трех систем".

Новая система здравоохранения должна охватить следующие разделы:

1. Традиционную клиническую медицину (сохранение здоровья при заболеваниях и различных патологических состояниях) - в виде

практически существующей сети и структуры сегодняшнего здравоохранения, со всеми ее проблемами, задачами и перспективами.

2. Общественное здравоохранение (укрепление здоровья и профилактика болезней) - решение новых задач по формированию межсекторальной ответственности за сохранение и укрепление здоровья населения, предупреждению новых случаев заболеваний.[46]

Стандарт организации оказания стоматологической помощи в Республике Казахстан (далее - Стандарт) разработан в соответствии с подпунктом 6) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее - Кодекс) и устанавливает требования к организации оказания медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями.

В частности, медицинская помощь пациентам со стоматологическими заболеваниями оказывается в следующих формах:

1) амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе первичной медико-санитарной помощи и консультативно-диагностической помощи;

2) стационарной помощи.

Задачи, функции, правовые и организационные основы оказания стоматологической помощи в Республике Казахстан определены Положением о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих стоматологическую помощь в Республики Казахстан, утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 июня 2012 года № 397 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 7798).

Штаты организаций здравоохранения, оказывающих стоматологическую помощь, за исключением организаций являющихся государственными предприятиями на праве хозяйственного ведения, товариществами с ограниченной ответственностью, акционерными обществами, устанавливаются в соответствии с типовыми штатами и штатными нормативами организаций здравоохранения, утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2010 года № 238 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6173).

Кабинет профилактики стоматологических заболеваний организуется в медицинских пунктах, фельдшерско-акушерских

пунктах, врачебных амбулаториях (центрах семейного здоровья), поликлиниках (сельской, районной, городской), в организациях образования с количеством учащихся менее 800 человек, а также в составе организаций здравоохранения, в которых отсутствует стоматологический кабинет (отделение).

Оказание доврачебной стоматологической помощи в кабинете профилактики стоматологических заболеваний проводит зубной гигиенист и (или) медицинский работник со средним медицинским образованием, прошедший курс переподготовки по специальности «стоматология» и получивший сертификат специалиста «зубной врач», «дантист», «ассистент стоматолога».

Объем клинико-диагностических исследований по уровням оказания стоматологической помощи определяется в соответствии с приложением 1 к настоящему Стандарту.

Врач стоматолог обеспечивает организацию консультативного и лечебно-диагностического процесса при стоматологических заболеваниях в соответствии с клиническими протоколами; проводит профилактические осмотры и санацию полости рта прикрепленного контингента, в том числе в образовательных организациях среднего, высшего и послевузовского профессионального образования, призывных пунктах, на предприятиях и в организациях; осуществляет диспансерное наблюдение за пациентами с патологией зубочелюстной системы и анализ его эффективности с оценкой уровня стоматологического здоровья; обеспечивает раннее выявление лиц с зубочелюстно-лицевыми аномалиями, деформациями и предпосылками их развития, дефектов коронок зубов и зубных рядов, патологии твердых тканей зубов и слизистой оболочки полости рта; при наличии медицинских показаний организует направление пациентов на стационарное лечение в отделения (койки) челюстно-лицевой хирургии многопрофильных стационаров.

При наличии у пациентов симптомов, указывающих на наличие вируса иммунодефицита человека/синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза направляет пациента на консультацию в специализированные медицинские организации.

Врач стоматолог обеспечивает изготовление зубных протезов, челюстно-лицевых протезов и установку ортодонтических аппаратов.

Врач стоматолог осуществляет экспертизу временной нетрудоспособности в соответствии с Правилами проведения экспертизы временной нетрудоспособности, выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности, утвержденными приказом Министра

здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 31 марта 2015 года № 183 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 10964).

Совместно с центрами формирования здорового образа жизни проводит мероприятия по санитарно-гигиеническому просвещению населения по вопросам профилактики, формирования здорового образа жизни и питания, в том числе с привлечением среднего медицинского персонала.

Специалисты медицинских организаций, оказывающих стоматологическую помощь, осуществляют профилактические осмотры пациентов с целью раннего выявления и предупреждения стоматологических заболеваний и оказывают специализированную медицинскую помощь пациентам со стоматологическими заболеваниями с применением современных медицинских технологий и методов диагностики и лечения, основанных на принципах доказательной медицины.

Скрининговые осмотры детского населения направлены на профилактику, раннее выявление и предупреждение стоматологических заболеваний, развитие которых связано с особенностями анатомо-физиологического развития в различные возрастные периоды жизни, в том числе в подростковом периоде.

Профилактические осмотры, в том числе скрининговые осмотры с последующим динамическим наблюдением и оздоровлением осуществляются в соответствии с Правилами проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения, утвержденными приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5918).

Врач стоматолог осуществляет специализированный этап скринингового осмотра детского населения с заполнением учетно-отчетной документации, в том числе проводит комплексное обследование ребенка с оценкой состояния прикуса, пародонта, степени активности кариеса, плана диспансеризации, реабилитации и профилактики.

Приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования. (Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 12 декабря 2016 года № 1053 «Об утверждении Стандарта организации оказания стоматологической помощи в Республике Казахстан»)

Вопросы к теме:

1. Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» был принят:

- а) в октябре 2009 г
- б) в сентябре 2009 г
- в) в марте 2009 г
- г) в феврале 2010 г
- д) в сентябре 2008 г

2. Каким путём в программе «Казахстан 2050» Президент РК Н.А. Назарбаев считает необходимым добиться результативности и повышения качества медицинских услуг?

- а) пересмотра механизмов управления в сфере здравоохранения
- б) финансирования в сфере здравоохранения
- в) координации в сфере здравоохранения
- г) контроля в сфере здравоохранения
- д) все ответы верны

3. Для чего был создан кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения»?

- а) максимального закрепления права граждан на охрану здоровья
- б) повышения статуса национальной медицины
- в) приведения отечественного законодательства в области здравоохранения в соответствие международным стандартам
- г) программ управления основными хроническими заболеваниями и мультидисциплинарный подход в лечении пациентов
- д) все ответы верны

4. Когда был принят приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан «Об утверждении Стандарта организации оказания стоматологической помощи в Республике Казахстан»?

- а) 11 декабря 2016 года № 1053
- б) 12 декабря 2016 года № 1053
- в) 13 декабря 2016 года № 1053
- г) 11 декабря 2017 года № 1053
- д) 12 декабря 2017 года № 1053

5. Где разрешено организовывать кабинет профилактики стоматологических заболеваний?

- а) медицинских пунктах
- б) фельдшерско-акушерских пунктах
- в) врачебных амбулаториях (центрах семейного здоровья)
- г) поликлиниках (сельской, районной, городской)
- д) все ответы верны

6. Из скольких основных направлений состоит программа развития нового общественного здравоохранения?

- а) 3
- б) 4
- в) 5
- г) 6
- д) 7

7. Каким правовым документом определены задачи, функции, правовые и организационные основы оказания стоматологической помощи в Республике Казахстан?

а) Положение о деятельности организаций и (или) структурных подразделений организаций здравоохранения, осуществляющих лабораторную диагностику

б) Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих пульмонологическую помощь

в) Положением о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих стоматологическую помощь в Республике Казахстан

г) Положения об организациях здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере службы крови

д) Положения о деятельности организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере формирования здорового образа жизни.

**Ответы на
тестовые вопросы**

Тема №1

- 1)в
- 2)д
- 3)б
- 4)а
- 5)д
- 6)а
- 7)б
- 8)г

Тема №2

- 1)в
- 2)в
- 3)а
- 4)а
- 5)б
- 6)г
- 7)в
- 8)а
- 9)а
- 10)а

Тема №3

- 1)г
- 2)в
- 3)а
- 4)д
- 5)а
- 6)в
- 7)г

Тема №4

- 1)а
- 2)а
- 3)в
- 4)г
- 5)в
- 6)д
- 7)а
- 8)д

Тема№5

- 1)д
- 2)в
- 3)б
- 4)а
- 5)д
- 6)в
- 7)а
- 8)д
- 9)б

Тема№6

- 1)в
- 2)а
- 3)д
- 4)д
- 5)б
- 6)а
- 7)г

Тема№7

- 1)б
- 2)в
- 3)а
- 4)а
- 5)в
- 6)д

Тема№8

- 1)б
- 2)б
- 3)а
- 4)в
- 5)в
- 6)д
- 7)в
- 8)д

Тема№9

- 1)а
- 2)в
- 3)б
- 4)д
- 5)б
- 6)а
- 7)в
- 8)б

Тема №10

- 1)б
- 2)д
- 3)д
- 4)б
- 5)д
- 6)в
- 7)

Список использованной литературы:

- 1) Под ред. В. З. Кучеренко / «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения»: учебник : в 2 т. - М. : ГЭОТАР-Медиа.- 2013. - Т 2. – стр.160
- 2) Селезнев В.Д, Поляков И.В. / «Экономические основы воспроизводства здоровья населения в условиях переходной экономики». Санкт-Петербург. -2016г.-стр.87
- 3) Столяров С.А. / «Рынок медицинских услуг: Некоторые его характеристики, проблемы и аспекты управления».- 2015. — 269с.
- 4) Решетников А.В. / «Экономика здравоохранения», 3 издание. -2015 г.-стр.7
- 5) Шейман И.М. / «Реформа управления и финансирование здравоохранения», Москва. -2011 г. - стр. 54
- 6) Кузьменко В.Г., Баранов В.В., Шиленко Ю.В. / «Здравоохранение в условиях рыночной экономики». Москва.- 2014 г. -стр.350
- 7) Манаширов Т.О. /Стоматологическое обслуживание населения в условиях реформирования отечественного здравоохранения/Т.О. Манаширов // Проблемы управления здравоохранением – 2008г. -стр.59-61.
- 8) Зенина Л.А. /Экономика и управление в здравоохранении: учебн. пособие – 2-е изд./Л.А. Зенина, И.В. Шешунов, О.Б. Чертухина.– М.: Издательский центр «Академия», 2008. – стр. 208с.
- 9) Липсиц И.В. / Маркетинг [Электронный ресурс - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 15-17 с.: ил. - ISBN 978-5-9704-2112-3.
- 10) Котлер Ф., Гари А. / Основы маркетинга - М.: Вильямс, 2015. – 92-95 с.
- 11) Основы маркетинга Краткий курс Пер с англ — М Издательский дом "Вильямс", 2007 — 21- с.: ил. - ISBN 978-5-8459-0376-1
- 12) Мамедов, О.Ю. /Основы маркетинга - М.: КноРус, 2013. - 232 с.
- 13) Пичурин, И.И., Обухов О.В., Эриашвили Н.Д. / Основы маркетинга. Теория и практика: Учебное - М.: ЮНИТИ, 2013. – 183-185 с.
- 14) Бутова Т.Г., Казаков А.А., Жираткова /А.Н. Управление маркетингом: учебник.- Москва: Проспект, 2016.-103-105 с.
- 15) Статья ОРГАНИЗАЦИЯ МАРКЕТИНГА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ The organization of marketing in a dental clinic ГОРЯЧЕВ Д.Н., канд. мед. наук, доцент кафедры терапевтической стоматологии КГМУ, г. Казань
- 16) Гринин В.М., Курбанов О.Р., Петраш Д.А., Тумасян Г.С. Экспертиза качества стоматологической помощи в современных условиях // Экономика и менеджмент в стоматологии. -2007. - № 3(23). - С.84-86.
- 17) Эванс Дж. Р., Берман Б. Маркетинг. М.: Экономика. 2008. 335 с.

- 18) Ламбен Ж.-Ж. Стратегический маркетинг. Европейская перспектива. СПб:Наука. 2011. 589 с.
- 19) Карпов В.Н. Выбор целевого рынка /Маркетинг. 2009. № 8. С. 61–71.
- 20) Маркетинг (А. Н. Романов, Ю. Ю. Корлюгов, С. А. Красильников и др. М.:Банки и биржи, ЮНИТИ. 1996. 560 с.
- 21) Гольцов А.В. Перспективы использования стратегического маркетинга на предприятии / Маркетинг. 2012. № 7. С. 72–89.
- 22) Попов Е.В. Продвижение товара. Екатеринбург: Наука. 2015. 350 с.
- 23) Котлер Ф. Основы маркетинга. М.: Прогресс. 2008. 736 с.
- 24) Изимбергенова Г.Н. Основы маркетинга. - учебно-методическое пособие. – г. Актобе. - 2012 год, с 37-38
- 25) Малыгина Т. Ю. Анализ основных тенденций российского рынка стоматологических услуг // Молодой ученый. — 2016. — №11. — С. 832-836.
- 26) Бронникова Т.С. Маркетинг: теория, методика, практика: Учебное пос. по специальности «Менеджмент организации». – 4-е изд., стер. – М.: КноРус, 2013. – 207 с. 27) Горячев Д.Н., Варламов С.В., Горячев Н.А. Вопросы организации маркетинга в стоматологической практике // Вестник «ТИСБИ». – 2016. – № 1. – С. 93.
- 28) Лебедева О.А., Лыгина Н.И. Маркетинговые исследования рынка: Учебник. – М.: ИД ФОРУМ: НИЦ Инфра-М, 2013. – 192 с.
- 29) Мустафаев Р.Р. Роль маркетинговых исследований в оказании стоматологической помощи населению // Сб. научн. тр.: Стоматология.
- 30) Есипова В. Е. / «Цены и ценообразование» Учебник для ВУЗов (изд.:5)– СПб –«Питер», 2009 г., - с. 36-42.
- 31) Макарова Т. Н. / «Цены и ценообразование на медицинские услуги населению», - М.: 2006., - с. 54-59
- 32) Лебедева Н. Н. / «Анализ использования различных способов оплаты в системе обязательного медицинского страхования», - М.: 2006г., - с. 19-25
- 33) Шилова В. М., Лебедева Н. Н. / «Стоимостные оценки медицинских услуг» Под ред. О. П. Щепина - М.: ГРАНТЪ, 2008г., - с. 12-14.
- 34) Макарова Т.Н., Кричагин В.И., Мельникова И.С. / «Цены на медицинские услуги» - М.: 2005 г., - с. 28-49
- 35) Бойко В.В., Зыкина Е.А. Медицинский сервис в стоматологии (Часть II) / Институт стоматологии. - 2010. - Т. 1. № 46. - С. 14
- 36) Исмаев Д.К. Маркетинг и управление качеством стоматологических услуг / Д.К. Исмаев. - 3-е изд., перераб. и доп. - СПб.: «Питер», 2010. – с.226]
- 37) Панкова Л.В. Особенности стратегического планирования на предприятии стоматологического хозяйства / Л.В. Панкова. - 3-е изд., перераб. и доп. - СПб.: «Питер», 2010. - 222 с.

- 38) Маркетинг: учебник для студентов / Б. А. Соловьев, А. А. Мешков, Б. В. Мусатов. – Москва: Инфра-М, 2013. – 335 с.
- 39) Кузьменко Г.Г. Обзор материалов круглого стола «Социальные проблемы современной стоматологии» // Социология медицины. - 2007. - № 2. - С. 59-60.
- 40) Малый А.Ю., Фаращян А.В., Титкина Н., Бычкова Н.В. Особенности клинико-экономического анализа в ортопедической стоматологии // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2009. - № 4. - С. 11-13.]
- 41) Чернов В.И., Клишина Н.В., Чепурная Е.А., Чернов П.В. Инновационные технологии в стоматологии // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. - 2007. - Т. 6. № 3. - С. 628.]
- 42) Гринкевич А. Опыт внедрения и использования мотивационного мультимедийного продукта «Понятная стоматология» как инструмента информирования пациента // Cathedra - кафедра: Стоматологическое образование. - 2010. - Т. 6. № 2. - С. 76.]
- 43) Фадеев Р.А. Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы стоматологии и профилактики стоматологических заболеваний» // Институт стоматологии. - 2009. - Т. 2. № 31. - С. 8.
- 44) Экономика здравоохранения С Трифонова Н.Ю. Адаптация медицинских учреждений к работе в условиях рынка /Н.Ю. Трифонова
- 45) А.Жаппарова. Права человека в сфере охраны здоровья: практическое руководство/Под научной редакцией А.Жаппаровой. - Алматы: Из-во «Art Depo Studio», -280 стр.. 2012]
- 46) Хазанов С. Д. Административные процедуры: определение и систематизация // Российский юридический журнал. 2003. № 1. С. 59.]
- 47) Указ Президента Республики Казахстан Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы *(с изменениями и дополнениями по состоянию на 05.05.2018 г.)*
- 48) Аканов А.А., Куракбаев К.К., Чен А.С., Ахметов У.И. Организация здравоохранения Казахстана. – Астана-Алматы, 2006. – 232 с.
- 49) Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.07.2018 г.)
- 50) (WHO, Geneva, 1995).
- 51) Указ Президента Республики Казахстан Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы *(с изменениями и дополнениями по состоянию на 05.05.2018 г.)*