

критерии качества лечения и сервиса, доводимые до сведения пациентов;

- документ составлен с учетом правовых норм и правил внутреннего распорядка и тем самым юридически защищает как пациентов, так и персонал.

Взаимная согласованность совокупности документов, адресованных персоналу и пациентам, вносит свой вклад в создание синергического эффекта клиники, когда отдельные компоненты ее деятельности созвучны и положительно воздействуют на всех участников внутреннего маркетинга, поднимая оказание услуг на более высокий уровень.

Теперь стало понятно, что в маркетинге стоматологических услуг надо учесть три момента:

1. Маркетинг в сфере стоматологических (да и медицинских в целом) услуг применяется сравнительно недавно.

2. Маркетинг сам ничего не создает, поэтому его эффективность пока с трудом поддается измерению.

3. Самый сложный аспект маркетинга стоматологических услуг - создание благоприятных условий для реализации услуг.

То., главная задача маркетинга услуг - помочь клиенту оценить медицинскую организацию и ее услуги, вследствие чего - сделать выбор.

Литература

1. Медик В.А., Юрьев В.К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Часть 3. Экономика и управление здравоохранением //М.: Медицина, 2003.- 244 с.

2. Сборник «Мнение населения Казахстана о деятельности здравоохранения», 2007.

3. Фоломеев Н.В. Стоматологическая помощь и ее техническое обеспечение //Менеджер здравоохранения.-2007.- №2.- С35-39.

4. Артюхов А.С. Пути организации стоматологической помощи в период реформирования здравоохранения //Российский медицинский журнал.- 2007.- №3.- С.7-10.

5. В.С. Лучкевич, И.В. Поляков. Основы медицинского страхования в России. //Материалы 3 научно-практической конференции «Проблемы стандартизации в здравоохранении».- Москва, 22-24.03.2001.- С. 81.

6. И.В. Поляков, Т.М. Зеленская, П.Г. Ромашов, Н.А. Пивоварова. Экономика здравоохранения в системе рыночных отношений //Учебное пособие: Санкт-Петербург, 2005 г.

7. <http://www.acponline.org>

8. <http://www.nice.org.uk>

9. www.rusmedserv.com

Стоматологиялық клиникадағы ішкі маркетинг түсінігі

Т.С. Джетибаев

Стоматологиялық қызметте қазіргі маркетинг концепциясының даму процесі мақалада көрсетілген
Түйінді сөздер: маркетинг, медициналық қызмет, маркетинг концепциясы.

Notion of internal marketing in dental to clinic

T.S. Djetibaev

This article includes the evolution process of modern conception of marketing in dental service.
Key words: marketing, medical service, conception of marketing.

УДК 351.77:572.941.2

АНАЛИЗ МОДЕЛЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ФИНАНСИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВЕДУЩИХ ЗАПАДНЫХ СТРАН

А.К. Изекенова, А.Б. Кумар, Э.Т. Абдраимова, А.И. Аменов, И.М. Досмаилова

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

Анализ моделей организации и финансирования системы здравоохранения ведущих западных стран показал, что система здравоохранения развитых стран находится в стадии реформирования.

Ключевые слова: здравоохранение, состояние здоровья, реформирование.

В современный период глобального кризиса с проблемами доступности медицинской по-

мощи сталкивается не только любая отдельно взятая страна, но и мировое сообщество в целом.

Здравоохранение представляет собой динамично развивающую структуру, которая постоянно совершенствуется как в диагностике, так и в лечении ранее неизлечимых болезней. Однако все это способствует удорожанию медицинских услуг, что приводит к дополнительной нагрузке на бюджет государства, поскольку требует ежегодного увеличения средств, выделяемых на социальное обеспечение и, в частности, на медицинское обслуживание. В данной ситуации особую актуальность приобретают вопросы повышения эффективности системы финансирования здравоохранения.

Правительства большинства развитых стран осознают невозможность бесконечного увеличения государственных расходов на здравоохранение, поскольку ресурсы даже самых богатых и наиболее экономически развитых стран ограничены. Вместе с тем, в развитых странах невозможно также и сокращение государственных гарантий в данной сфере, поскольку определенный уровень медицинского обслуживания населения стал неотъемлемой частью общественной жизни.

Целью исследования является анализ моделей организации и финансирования системы здравоохранения ведущих западных стран.

Степень обеспечения населения медицинским обслуживанием отличается в разных странах, что связано не только с различными моделями организации системы здравоохранения, но и, прежде всего, с уровнем экономического развития стран.

Наибольший интерес представляют модели организации и финансирования систем здравоохранения Великобритании, Германии, США.

Для них характерны принципиально разные формы финансирования здравоохранения: в Великобритании - национальная служба здравоохранения. Норвегия, Швеция, Дания – также стремятся к модели Бевериджа, где медицинские услуги, являющиеся бесплатными для всех граждан страны, оплачиваются из государственного бюджета за счет общих налоговых сборов, т.е. основным источником финансирования являются средства общего налогообложения, нет выделения целевого налога на здравоохранение, причем эта система является независимой и контролируется специальными «Трастами»-фондами денег и NHS (national health serves) – функциональными общественными медицинскими советами. Этими же организациями осуществляется контроль качества оказания медицинской помощи, существует специальная шкала: *** (3 звезды), чем больше звезд у той или иной больницы или поликлиники, тем выше оказываемое обслуживание.

Индикатор качества обслуживания, влияющий на градацию шкалы:

1. время и списки ожидания
2. количество обоснованных и не обоснованных вмешательств
3. чистота больниц
4. финансовое страхование
5. количество повторных обращений
6. количество повторных вызовов бригады СМП
7. наличие общего медицинского совета, проводящего внутренний аудит и контроль медицинских работников
8. приветствуется прохождение аккредитации и сертификации, но только добровольной.

В Германии – система социального страхования, также в Италии, Израиле или система Бисмарка, где финансирование осуществляется за счет института государственного медицинского страхования, взносы на которое перечисляют работники и работодатели. И если законы издаются на уровне правительства, то контроль осуществляют страховые компании, фондодержатели: больничные кассы и Общество Потребителей. В США – частно – страховая система здравоохранения, где, в принципе, не существует единой государственной системы финансирования здравоохранения, но за счет государственных программ оплачивается медицинское обслуживание престарелых и малоимущих, а остальные категории граждан получают медицинскую страховку через работодателя или за счет собственных средств, либо не имеют доступа к медицинским услугам. Все три исследуемые страны входят в Большую Семёрку наиболее развитых стран мира. При этом, по объему от ВВП США занимает первое место, Германия - четвертое и Великобритания - пятое. Более того, Германия среди европейских стран занимает второе место (после Швейцарии) по расходам на здравоохранение, доля от ВВП страны (11,1%). США, несмотря на особенности финансирования здравоохранения, занимает по данному показателю первое место в мире (15%).

В большинстве развитых стран государство гарантирует своим гражданам доступ к медицинскому обслуживанию. Однако это не относится к США, поскольку там фактически отсутствуют государственные гарантии предоставления медицинской помощи [1].

Общим для этих стран является то, что правительства этих стран лишь издают законы, а распределением и контролем финансовых средств занимаются независимые фондодержатели.

Но даже такие развитые страны на данном этапе столкнулись с серьезными трудностями в финансировании системы здравоохранения. Тенденции удорожания медицинского обслуживания, рост демографической нагрузки приводят к тому,

что установившийся уровень финансирования здравоохранения перестает отвечать потребностям населения в охране здоровья [2].

Возникает закономерный вопрос: Так что же надо изменить?

Рациональное использование ресурсов в системе здравоохранения может быть связано не только с затратами на лечение и их относительной эффективностью, но и с распределением нагрузки между различными уровнями системы здравоохранения.

Так, на стационарный сектор в развитых странах Европы приходится от 45% до 75% всех ресурсов, выделяемых на здравоохранение. Вместе с тем, во многих странах уже осознали, что с экономической точки зрения выгоднее замещать дорогостоящее больничное лечение менее затратной помощью в амбулаторных условиях, что также становится возможным в условиях развития медицинской науки. Статистические данные, отражающие данный процесс, представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Характеристика показателей стационаров в развитых странах мира

Страна	Кол-во больничных коек на 10000 нас.			Ср. продолжительность пребывания в больничном учреждении		
	1980	1990	2000	1980	1990	2000
годы						
Австрия	124.3	100.88	86.13	17.9	13	8.83
Великобритания	78.10	56.79	42.18	19.1	15.6	9.8
Бельгия	77.58	80.81	71.69	19.5	13.8	11.3
Нидерланды	65.71	58.24	48.26	N/A	16.04	12.9

Источник: База данных ВОЗ European Health for all database (HFA-DB) www.data.euro.who.int

Более того, тенденция сокращения количества койко-мест сопровождалась сокращением средней продолжительности пребывания в больнице, что также свидетельствует о повышении эффективности лечения и появлении экономических стимулов к сокращению сроков госпитализации и переводу пациентов, которым более не требуется срочная медицинская помощь.

В РФ количество больничных коек в 1980 г. составило 130, в 1990 г. – 137, в 2006 г. – 109 [3]. В РК в 2004 г – 73,8.

Таким образом, проведенный обзор литературных данных свидетельствует, что система здравоохранения развитых стран также находится в стадии реформирования, которая выражается в проблеме удорожания стоимости медицинских услуг, также в

сокращении количества койко-мест с замещением оказания помощи в амбулаторных условиях, что позволило эффективно расходовать средства, тем самым, снижая общие затраты.

Распределением финансовых средств за рубежом занимаются независимые фондодержатели и общественные медицинские советы.

Литература

1. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий. Пер. с англ. М.: Гэотар Медицина, 2000.
2. Ишкина Г.Ш. Экономическое развитие системы здравоохранения в Казахстане: теория и практика.
3. Российский статистический ежегодник.

Денсаулық сақтау жүйесінің қаржыландыру және ұйымдастыру моделін

А.К. Изекенова, А.Б. Кумар, Э.Т. Абдраимова,
А.И. Аменов, И.М. Досмаилова

Денсаулық сақтау жүйесінің қаржыландыру және ұйымдастыру моделін талдауы, дамыған елдердің денсаулық сақтау жүйесі жанару сатысында тұрғанын көрсетті.

Түйінді сөздер: денсаулық сақтау, денсаулық жайы, реформалау.

Analysis of the models to organizations and financing the system of the public health leading west countries

A.K. Izekenova, A.B. Kumar, E.T. Abdraimova,
A.I. Amenov, I.M. Dosmailova

Health care system organization and finance models analysis of leading western countries showed, that health care system in leading countries is in reformation stage.

Key words: public health, picture of health, reformation.