

Министерство здравоохранения Российской Федерации
государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ имени И.М.СЕЧЕНОВА
Факультет высшего сестринского образования и психолого-социальной работы
Кафедра маркетинга и товароведения в здравоохранении

Выпускная квалификационная работа (бакалаврская работа) на тему:

**МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДЫ
КОММЕРЧЕСКОЙ КЛИНИКИ**

Направление подготовки 34.03.01 Сестринское дело

«Допущена к защите»
Протокол № _____ от _____

Исполнитель:
Ковалевская Дарья Викторовна
(гр.06-02, очная форма подготовки)

Заведующий кафедрой:
Васнецова Ольга Алексеевна
профессор д.х.н

Научный руководитель:
Савинова Ольга Владимировна
ст.преподаватель

«Прошла защиту»

Оценка _____

Москва – 2016

СОДЕРЖАНИЕ

Введение		3
Глава 1	Маркетинговые исследования в здравоохранении	7
1.1	Маркетинг в здравоохранении	7
1.2	Маркетинговые особенности рынка платных медицинских услуг в коммерческой медицине	10
1.3	Маркетинговые исследования в здравоохранении	17
Глава 2	Маркетинговые исследования медицинских услуг, предоставляемых коммерческой реабилитационной клиникой	24
2.1	Ситуационный анализ внутренней среды коммерческой реабилитационной клиникой ООО «Добродел» методом SWOT – анализа	24
2.1.2	Сегментирование рынка потребителей медицинских услуг, оказываемых коммерческой реабилитационной клиникой	43
2.1.3	Оценка конкурентоспособности медицинской услуги «Фотодинамическая терапия », оказываемой в ООО «Добродел»	48
2.1.4п	Ситуационный анализ медикаментозного обеспечения ООО «Добродел» методом ABC- анализа ...	58
2.2	Стратегическое и тактическое планирование	64
2.3	Принятие решений по управленческому решению в условиях неопределенности	72
Заключение		78
Список использованных источников		82

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования:

Основной деятельностью клиники является реабилитация пациентов с онкологией, перенесших травмы позвоночника и опорно-двигательного аппарата.

Реабилитация онкологических больных после химиотерапии остается важным моментом. Существует распространенное мнение, что после курса химиотерапии у пациентов со злокачественными опухолями обязательно должна проводиться реабилитация, т.е. восстановление.

Химиотерапия, как правило, обладает побочными эффектами и зачастую осложняется тошнотой, рвотой, слабостью, облысением и прочими эстетическими и соматическими проблемами, с которыми часто и обращаются в специализированную онкологическую клинику родственники пациентов, прошедших курс химиотерапии за рубежом, в ожидании возвращения своих близких. Цель обращения – уменьшить проявления этих осложнений у людей, прошедших курсы (или циклы курсов) химиотерапии.

Особенно в серьезной реабилитации нуждаются пациенты, перенесшие большую хирургическую операцию по поводу злокачественного новообразования и пациенты после лучевой терапии.

Оригинальная методика, используемая в клинике, основана на избирательной хронофототерапии, позволяет проводить реабилитацию пациентов с глубоко расположенными опухолями, а также метастазами, и позволяет добиваться уникальных результатов в реабилитации пациентов, перенесших оперативное, химиотерапевтическое или лучевое лечение, снижает процент осложнений и риск рецидивирования болезни.

Уникальная аппаратура, используемая в исследуемой клинике, позволяет значительно улучшить состояние иммунной системы. И конечно, важнейшим направлением в работе клиники является реабилитация онкологических пациентов.

Своевременная и качественная медицинская помощь способствует

более благоприятному течению болезни, уменьшая риск развития осложнений, приводящих к полной утрате работоспособности. Многие пациенты, регулярно получающие поддерживающую терапию, сохраняют работоспособность, что благоприятно отражается на экономике страны.

В условиях рыночной экономики, внедрении новых подходов в здравоохранение и социальное развитие, появлении конкуренции, особое внимание следует уделить маркетинговому исследованию.

Применительно к сфере здравоохранения маркетинг - это комплексный процесс планирования, экономического обоснования и управления производством медицинских услуг, ценовой политики в области лечебно-диагностического процесса и профилактических мероприятий, продвижения услуг и товаров медицинского назначения к потребителям, а также управление процессом их реализации.

В настоящее время уже отработаны основные схемы, позволяющие применить системный подход к комплексному маркетинговому исследованию в данной области. Следует отметить, что маркетингового исследования в коммерческой клинике ООО «Добродел» ранее не проводилось.

Именно с помощью маркетингового исследования можно овладеть необходимой информацией о том, какие социально-медицинские услуги и почему хотят получить пациенты, сколько они готовы заплатить за них, где наиболее высокий спрос на конкретные социально-медицинские услуги, каким образом добиться более высокого объема и качества оказываемых услуг, получать более высокие доходы в отличие от конкурентов, возможность спланировать свою деятельность не только на ближайшее время, но и на перспективу и многое другое.

На основе всего вышесказанного можно сделать вывод о необходимости проведения маркетинговых исследований медицинских услуг, оказываемых частной реабилитационной клиникой ООО «Добродел».

Цель исследования:

Провести маркетинговый анализ микросреды коммерческой реабилитационной клиники ООО «Добродел».

Задачи исследования:

1. Провести литературный обзор о маркетинговых исследованиях в здравоохранении.
2. Повести анализ внутренней среды клиники ООО «Добродел» методом SWOT-анализа.

Объект исследования:

Коммерческая реабилитационная клиника ООО «Добродел».

Предмет исследования:

Внутренняя среда частной реабилитационной клиники ООО «Добродел».

Методы исследования:

- SWOT – анализ
- ABC – анализ
- Математический анализ
- Статистический анализ
- Метод экстраполяции
- Частотный анализ
- Сегментирование рынка медицинской услуги
- Оценка конкурентоспособности медицинской услуги
- Метод экспертных оценок
- Методика определения компетентности экспертов

Источники информации:

1. Статистические данные Российского статистического ежегодника с 2012 по 2015 годы.
2. Внутренняя отчетность клиники ООО «Добродел».
3. Открытые публикации Интернет.
4. Литература по медицинскому маркетингу.

Место проведения исследования:

Местом проведения исследования является коммерческая реабилитационная клиника ООО «Добродел».

ГЛАВА 1 МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

1.1 Маркетинг в здравоохранении

Последние годы 20-го столетия принесли России значительные изменения во всех областях социально - экономической жизни, в том числе и в здравоохранении. В условиях проведения рыночных реформ значительно изменились взаимоотношения между медицинскими работниками и обществом, врачом и пациентом; обострилась проблема бюджетного финансирования органов и учреждений здравоохранения. Вот почему в условиях дефицита бюджетных средств разработка экономически выгодных методов поиска инвестиций в здоровье народа приобретает особое значение.

Здравоохранение изначально представляло собой одну из сфер деятельности, наиболее жестко регулируемых государством. Это связано с тем, что услуги и программы, реализуемые в системе здравоохранения, напрямую связаны со здоровьем и жизнью человека. Жесткое государственное регулирование деятельности учреждений здравоохранения, включая вопросы управления и ценообразования, попытки, предпринимавшиеся, в том числе в развитых странах, полностью финансировать здравоохранение и социальное развитие посредством государственного бюджета, обусловили более позднее и неполное внедрение современных методов и способов управления, в том числе маркетинга [7].

Здравоохранение входит в рыночные отношения через формирование рынка медицинских услуг. Наука и искусство работы в условиях рыночной экономики концентрируются в понятии "маркетинг".

Термин "маркетинг" (в переводе с английского - "рынок") означает разноплановую предпринимательскую деятельность в сфере рынка и сбыта.

В классическом понимании маркетинг - это предпринимательская деятельность, которая управляет продвижением товаров и услуг от производителя к потребителю или пользователю, или социальный процесс, посредством которого прогнозируется, расширяется и удовлетворяется спрос

на товары и услуги посредством их разработки, продвижения и реализации.

Применительно к медицинской сфере маркетинг - это комплексный процесс планирования, экономического обоснования и управления производством медицинских услуг, ценовой политики в области лечебно-диагностического процесса и профилактических мероприятий, продвижения услуг и товаров медицинского назначения к потребителям, а также управление процессом их реализации. Иными словами, в маркетинге объединяются в единый технологический процесс практически все элементы лечебно-профилактической и фармацевтической деятельности.

Говоря об особенностях применения маркетинга в российской системе здравоохранения, можно выделить следующие моменты:

- Низкий уровень конкурентных отношений в среде производителей медицинских услуг;
- Выраженное влияние механизмов распределения и перераспределения в системе здравоохранения;
- При анализе рынка необходимо учитывать сразу три параметра – нужду, потребность и спрос на медицинские услуги;
- Неосведомленность конечного потребителя медицинских товаров и услуг (пациента) о том, какое именно лекарственное средство или медицинскую услугу необходимо выбрать среди имеющихся на рынке;
- Потребители зачастую рассматривают медицинские товары не как желаемый товар, а как необходимую покупку для того, чтобы вернуть себе здоровье и устранить состояние дискомфорта, вызванное нездоровьем;
- Способность производителя медицинских услуг (медицинского работника) оказывать решающее влияние на уровень их спроса и потребления со стороны пациентов,
- Монополия на производство отдельных видов медицинских товаров и услуг;

- Необходимость всестороннего изучения рынков здравоохранения с учетом медико-демографических, экологических характеристик;
- Нацеленность на достижение конкретного медико-социального результата (профилактика или снижение заболеваемости по конкретной нозологической форме или группе заболеваний, снижение смертности, инвалидизация в трудоспособном возрасте и др.).[6]

С помощью маркетинга руководители органов и учреждений здравоохранения могут получить необходимую информацию о том, какие медицинские услуги и почему именно их хотят получить пациенты, сколько они готовы за них заплатить, в каких регионах страны наиболее высок спрос на данные медицинские услуги и, наконец, каким образом конкуренты добиваются более высокого объема оказываемых медицинских услуг. Кроме того, руководители медицинских учреждений смогут спланировать свою деятельность не только на ближайшее время, но и на перспективу. Таким образом, маркетинговые исследования уровня доходов и платежеспособности жителей разных регионов, уровня цен на медицинские услуги и возможность их приобретения различными социальными слоями населения имеют большое значение для обеспечения эффективной и бесперебойной работы любого медицинского учреждения.[1]

1.2 Маркетинговые особенности рынка платных медицинских услуг в коммерческой медицине

Еще в недавнем прошлом маркетинг медицинских услуг в Российской Федерации был новым понятием. Одна из причин — нежелание некоторых работников здравоохранения коммерциализировать свои услуги, которые, по мнению многих из них, обладают этической стоимостью, не имеющей денежного эквивалента. Но, тем не менее, уже с начала 90-х годов в различных газетных объявлениях и почтовой рекламе, на радио и телевидении появилось большое количество информации о платных медицинских услугах. При этом предложения разного рода медицинских услуг стали позиционироваться и рекламироваться.

История возникновения подходов в области маркетинга здравоохранения произрастает из идей некоммерческого маркетинга, получившего развитие в 60-е годы в США.

Маркетинг лечебной деятельности — это действия в целях продажи медицинских услуг каким-либо МО.

Основополагающие принципы маркетинга медицинских услуг сфокусированы в его философии и ставят в центр внимания запросы и нужды пациента. Изучение показало, что на реализацию этого базисного принципа нацелен следующий ряд принципов, маркетинга, используемых на практике применительно к сфере здравоохранения:

- сосредоточение ресурсов МО на предоставление таких врачебных услуг, которые реально необходимы пациентам в избранных и используемых учреждением сегментах рынка;
- понимание качества врачебной услуги как меры удовлетворения потребности в ней, однако, не все реально представленные услуги могут быть качественными, так как любое качественное отличие данной услуги от другой значимо не само по себе, а в зависимости от субъективного веса для пациента той потребности, на удовлетворение которой нацелено измеряемое свойство или характеристики услуги;

- рассмотрение потребностей не в узком, а в широком смысле, в том числе за рамками традиционных, известных способов их удовлетворения, поэтому в сфере платных услуг МО не может ограничиваться предоставлением врачебных услуг одного свойства, в связи с чем вариации в данном случае не только уместны, но и жизненно необходимы, так как иначе маркетинг не будет эффективен;

- непрерывность сбора и обработки информации о конъюнктуре рынка и его реакциях и ориентации на долгосрочную перспективу рынка услуг по ключевым направлениям;

- ориентация на сокращение финансовых затрат потребителя (прежде всего, затрат по потреблению данного вида услуг) и учет их в ценообразовании, т.е. доминирование цены потребления над ценой продажи;

- предпочтение методов не реактивного, а прогнозного (предугадывающего) и активно-формирующего спроса.

Маркетинг медицинских услуг или маркетинг медицинских организаций — один из наиболее сложных видов маркетинга, что в свою очередь, обусловлено рядом причин. Прежде всего, медицинские услуги связаны с сохранением самой главной ценности человека — его жизни и здоровья. Надо учитывать и то, что платежеспособность основной части населения остается низкой. Сложности связаны и с тем, что часть услуг предоставляется в виде бесплатной (для пациентов) медицинской помощи, а часть оплачивается, причем перечень платных медицинских услуг выходит за рамки базовой программы обязательного медицинского страхования граждан России.

Это означает, что маркетинговые исследования рынка медицинских услуг призваны выявить реальную тенденцию соотношения бесплатной и платной медицины, удовлетворенность потребителей качеством медицинского обслуживания, особенности спроса в различных регионах и различных по демографическому и психографическому признакам групп населения.

Осуществление маркетинговых работ, с последующим достижением и поддержанием качества предоставляемых медицинских услуг повышает возможности достижения успеха в лечебном бизнесе.

В условиях адаптации к рыночной экономике лечебные предприятия нуждаются в компетентном и оперативном управлении на основе маркетинга. В маркетинге медицинских услуг, проявление общих черт происходит через особенности, связанные с сезонностью востребования услуг, мобильного обслуживания.

Результатом деятельности сферы здравоохранения являются услуги. С точки зрения маркетинга, услуга - это любое «мероприятие или выгода, которые одна сторона может предложить другой и которые в основном неосязаемы и не приводят к завладению чем-либо». [8]

Необходимо отметить такую специфическую черту медицинской услуги, как обязательное присутствие клиента в момент ее оказания.

При организации маркетинговой деятельности в системе медицинских услуг следует учесть прогнозирование и связанные с ним исследования поведения потребителей в регионе.

Основные направления развития маркетинга в системе обслуживания потребителей медицинских услуг необходимо планировать с учетом особенностей деятельности лечебных предприятий, что позволит в процессе маркетинговых исследований прогнозировать спрос на услуги, как в краткосрочном периоде, так и на долгосрочную перспективу. Учет этих моментов позволит также более рационально устанавливать очередность и сроки оказания услуг в обслуживаемой зоне.

Исходя из особенностей медицинских услуг, можно отметить, что спрос на эти услуги всегда индивидуален, предшествует их выполнению, имеет местный характер и практически не взаимозаменяем. К тому же потребление анализируемых услуг почти не имеет ограничений и возможно формирование спроса на медицинские услуги нескольких видов одновременно.

Для повышения эффективности деятельности должно быть реализовано активное проведение мероприятий, направленных на увеличение спроса на предоставляемые услуги. Это разработка и внедрение новых видов и форм услуг, проведение рекламных мероприятий.

Важнейшая рыночная категория — спрос. Это платежеспособная потребность широких социальных групп населения в медицинских услугах, обеспеченная денежным эквивалентом. Величина спроса — это количество медицинских услуг, которое желают и могут приобрести пациенты за данный период по определенной цене.

Потребительский спрос и факторы, его определяющие, становятся все более обширными, сложными в своих взаимосвязях, разнообразными по мере развития потребностей пациентов.

Точная оценка всех форм спроса (по величине, объему, характеру, по структуре, по отдельным товарам, по социально-экономическим группам населения, по регионам) позволяет более полно удовлетворить потребности пациентов, разрабатывать эффективные меры по регулированию потребительского спроса (в частности, сокращению ликвидации неудовлетворенного спроса), правильно оценить рыночную конъюнктуру и занять лечебному учреждению соответствующую рыночную нишу на рынке медицинских услуг.

Кроме обозначенных выше, одной из особенностей рыночного спроса на медицинские услуги является сложность определения перспективных потребностей в масштабах и структуре медицинских услуг. Практическое предложение медицинских услуг во многом зависит от медицинских и лечебно-профилактических учреждений конкретного российского региона, их количества, статуса, направленности.

Предложение медицинских услуг также будет зависеть не только от цены, но и от других факторов: цена используемых ресурсов, налоги и дотации, количество производителей данных услуг. Последнее обстоятельство имеет особое значение.

Формирование спроса и предложения на медицинские услуги, а также ценообразование находятся в определенной зависимости от многих факторов. При этом охрана здоровья населения зависит не только от эффективного функционирования рынка медицинских услуг, но и от целого ряда других рынков, тесно связанных между собой. Если рассматривать только функционирование медицинских учреждений, то они, прежде всего, выступают на двух основных рынках: рынке ресурсов и рынке медицинских услуг.[4]

Рынок ресурсов включает в себя рынок трудовых ресурсов и рынок материальных ресурсов. Этот рынок снабжает медицинские учреждения медицинским оборудованием, лекарственными препаратами, инструментами.

Действуя на этом рынке, медицинские учреждения покупают необходимые ресурсы и совершают платежи, которые выступают в виде заработной платы и доходов владельцев ресурсов. На рынке ресурсов медицинские учреждения выступают в роли покупателей, на рынке медицинских услуг - продавцами [4].

Среди маркетинговых факторов; влияющих на реализацию услуги, следует выделить группу, включающую:

- цену данной услуги и ее отличие от цен конкурентных услуг (как показал анализ, цены лечебно-профилактических учреждений одинаковой организационно-правовой формы примерно одинаковы, то есть находятся в одном ценовом диапазоне);

- взаимозаменяемость услуг;

- зависимость от необходимого для оказания услуги оборудования;

- уровень платежеспособного спроса на услугу.

Как уже отмечалось, спрос на платные медицинские услуги ограничен низкой платежеспособностью населения, поэтому лечебно-профилактические учреждения на практике устанавливают реальную цену.

В связи с этим, услуги данного типа, зачастую дорогостоящие, и лишь очень небольшое количество граждан в состоянии оплатить их.

Не меньшее влияние оказывают на реализацию услуг и такие маркетинговые факторы, как:

- место медицинской организации на рынке медицинских услуг (для современного российского рынка это приоритетное положение производителя по отношению к потребителю («рынок продавца»), что проявляется в диктате со стороны производителя (например, государственной системы здравоохранения), в уменьшении свободы выбора для потребителя или вообще дефиците, «рынок продавца» стал главным тормозом на пути обновления системы финансирования; внедрения новых медицинских технологий и появления новых типов услуг);

- давление конкуренции (результаты анализа свидетельствуют, что на российском рынке медицинских услуг конкуренция весьма низка: городские поликлиники продолжают занимать на нем главенствующее положение, а у вновь создающихся фирм часто возникают проблемы с регистрацией, да и заниматься предоставлением медицинских услуг в современных условиях не всегда выгодно);

- престиж учреждения (однако, надо учитывать, что пациенты в большинстве случаев посещают одну и ту же поликлинику в течение всей своей жизни, они не могут сравнить деятельность разных поликлиник и выбрать лучшую из них);

- ассортимент услуг; общая емкость рынка;

- соотношение сил лечебно-профилактического учреждения и его конкурентов;

- неэластичность спроса на медицинские услуги.

К тому же, как показало обследование, при анализе маркетинговых факторов в сфере здравоохранения, следует учитывать:

- покупателю очень трудно определить потребительную стоимость медицинской услуги;

- отсутствуют единые критерии определения качества медицинской услуги;

-стоимость медицинской услуги в разных лечебно-профилактических учреждениях определяется разными методами;

-государственная собственность в сфере здравоохранения в значительной степени ограничивает действие закона спроса и предложения и конкуренцию, хотя вопрос о переходе к многообразию форм собственности в этой сфере, и о введении платности услуг здравоохранения является актуальным.

Следует отметить, что одной из основных проблем при реализации платных медицинских услуг является устойчивое общественное мнение по поводу безальтернативного получения медицинской услуги на бесплатной (нерыночной) основе. Причем это касается, в первую очередь, платежеспособной части пациентов среднего и пожилого возраста. Следовательно, для продвижения платных медицинских услуг и создания устойчивого рынка необходимо формирование общественного мнения о ценности здоровья и повышение качества, уровня жизни с привлечением собственных средств населения.

1.3 Маркетинговые исследования в здравоохранении

Методы маркетинговых исследований внутренней среды коммерческой клиники.

Автором работы были проанализированы существующие методы исследования маркетинга внутренней среды коммерческой клиники. Из которых были выбраны некоторые методы, представленные ниже.

Микросреда представлена силами, имеющими непосредственное отношение к объекту исследования (ЛПУ, отделению или кабинету) и его возможностям по обслуживанию потребителей. Ее можно анализировать, исходя из непосредственного окружения и внутренней среды ЛПУ. При этом ЛПУ может оказывать влияние на эти факторы и изменять их для достижения своих целей.

Анализ непосредственного окружения ЛПУ (отделения) направлен на изучение состояния тех составляющих среды, с которыми ЛПУ (отделение) находится в непосредственном взаимодействии, и проводится по следующим основным компонентам: потребители услуг (пациенты); поставщики товаров для ЛПУ; конкуренты (другие ЛПУ или отделения); посредники; рынок рабочей силы и т. п. При этом изучают спрос на медицинскую услугу, выявляют целевой сегмент рынка, позиционируют медицинскую услугу на рынке и определяют ее конкурентоспособность.

Внутренняя среда ЛПУ — это та часть общей среды, которая находится в рамках лечебно-профилактического учреждения. Она оказывает постоянное и самое непосредственное воздействие на функционирование организации.

Поэтому внутреннюю среду ЛПУ анализируют по следующим направлениям: трудовые ресурсы — кадры, их потенциал, квалификация, интересы и т.п.; финансовые ресурсы; материальные ресурсы; организация управления; производство, включающее организационные, операционные и технико-технологические характеристики, научные исследования и разработки; маркетинг; организационная культура, результаты деятельности организации и т. п.

Внутренняя среда отделения — это та часть ЛПУ, которая находится в рамках конкретного отделения. Анализ внутренней среды отделения проводится аналогично анализу внутренней среды ЛПУ.

Чаще всего для анализа внутренней среды ЛПУ или отделения используют метод SWOT-анализа, этот метод предусматривает выявление сильных и слабых сторон ЛПУ, возможностей и угроз как со стороны внешней, так и внутренней ее сред.

Качественный метод SWOT-анализа предусматривает выбор показателей возможных сильных и слабых сторон организации, возможностей и угроз. Факт выбора, обоснования и включения показателя в перечень дает его качественную оценку как важного показателя для организации. Одна из часто используемых качественных методик SWOT-анализа — методика с форматом в виде четырехпольной таблицы

Количественный метод SWOT-анализа — оценка важности и силы влияния фактора на организацию. При его использовании результаты анализа систематизируются в формате SWOT-анализа с применением метода прямого ранжирования факторов, определения веса каждого фактора, оценки величины каждого фактора, расчета параметрического индекса для каждого фактора и сводного параметрического индекса для сильных и слабых сторон, возможностей и угроз.

При анализе результатов деятельности ЛПУ проводят и клинико-экономический анализ. Для этого применяют ряд вспомогательных методик, используемых в различных типах эпидемиологических или экономических исследований. Так, например, оценку структуры затрат на медицинские услуги, лекарственные препараты и различные методы диагностики осуществляют методом ABC-анализа.

Метод ABC-анализа предусматривает распределение (ранжирование) объектов исследования по доле затрат на каждый из них в общей структуре расходов от наиболее затратных к наименее затратным с выделением трех групп: А, В и С. При этом определяют в процентном отношении показатели

затрат на каждую группу объектов исследования и соотношение изучаемых объектов по группам. Метод используется для определения приоритетов и целесообразности расходования материальных и финансовых ресурсов на основе ретроспективной оценки реальных затрат, а также выделения приоритетной группы объектов.

В зависимости от интересов исследования можно проводить ABC-анализ следующих объектов:

- медицинских услуг;
- лекарственных препаратов;
- медицинских приборов для диагностики и лечения;
- медицинских инструментов и т. п.

При реализации этого метода необходимо учитывать, что часто нецелесообразно пытаться оценить использование всех медицинских услуг или лекарственных препаратов, применяемых в ЛПУ. Необходимо определить приоритетные группы, использование которых может иметь наибольший клинический и экономический эффект. Это могут быть, например, высокотехнологичные медицинские услуги или дорогостоящие и клинически важные препараты.

При этом следует учитывать, что в зависимости от профиля лечебного учреждения (отделения) преимущественно будут использоваться определенные виды медицинских услуг или группы лекарственных препаратов.

В век научно-технического прогресса, когда одна услуга сменяется другой, более прогрессивной, и непрерывно возрастает роль наукоемкой и дорогостоящей продукции и медицинской услуги, очень важно иметь возможность предложить покупателю еще более надежную и эффективную услугу, лучше и полнее удовлетворяющую растущие запросы. Это можно сделать лишь на основе хорошо отработанной и поставленной системы изучения и учета требований рынка.

При проведении маркетинговых исследований также определяют целевой сегмент рынка, позиционируют медицинскую услугу на рынке и определяют ее конкурентоспособность. Часто требуется изучить спрос (запрос) на медицинскую услугу и степень его удовлетворенности.

Сегментирование рынка медицинских услуг проводят с целью:

- изучения нужд, потребностей и запросов потребителей;
- изучения личностных характеристик пациентов и характера их поведения на рынке;
- понимания природы конкурентной борьбы на конкретных рынках;
- концентрирования ограниченных ресурсов здравоохранения на наиболее выгодных направлениях их использования;
- ориентации инструментов маркетинговой деятельности на требования конкретных рыночных сегментов.

Традиционные методы сегментирования основаны на использовании метода группировок по одному или нескольким признакам.

Априорные методы сегментирования используют тогда, когда исследователь на этапе, предшествующем маркетинговому исследованию, может выдвинуть гипотезу сегментирования рынка. При использовании данного метода сначала выдвигается гипотеза сегментирования рынка, а затем она проверяется в ходе маркетинговых исследований, т. е. данный метод пытается не «вычислить» рыночный сегмент, а «подобрать» его, и позволяет рассматривать одновременно только одно измерение.

Методы кластерного анализа используются для эффективного и точного сегментирования рынка, когда классификация проводится по комплексу анализируемых признаков одновременно. В зависимости от имеющихся данных и задач исследования кластерный анализ проводят иерархическим (последовательное деление множества объектов на подмножества) или фасетным методом (деление множества объектов на независимые друг от друга фасеты), проводя однофакторное (по одному из

признаков) или многофакторное сегментирование рынка (одновременно по нескольким признакам). При этом используется описательный подход, базирующийся на основных критериях сегментирования.

Сегментирование по географическому принципу предполагает деление рынка на разные географические единицы. Это позволяет принять решение действовать:

- в одном или нескольких географических сегментах;
- во всех географических сегментах, но с учетом различий в нуждах и потребностях; иногда дополнительно разбивают крупные города на более мелкие географические территории (округа, районы).

Сегментирование по демографическому принципу заключается в делении рынка на потребительские группы на основе демографических переменных. В сегментировании эти переменные — самые популярные, потому что потребности и предпочтения, а также интенсивность потребления товара часто тесно связаны с социально-демографическими признаками. Главными направлениями использования сегментирования по демографическому принципу можно назвать:

- определение социально-демографического профиля сегмента или рынка;
- получение качественной оценки рынка по числу потребителей;
- выбор средств коммуникации, с большей вероятностью воздействующих на выбранную социально-демографическую группу;
- выявление потенциальных потребителей новой услуги.

Психографическое сегментирование делит потребителей на разные группы по признакам принадлежности к общественному классу, образу жизни или личностным характеристикам. Задача психографического сегментирования заключается в том, чтобы создать образ потребителей, который не исчерпывается только социально-демографическим профилем, но также несет информацию об их активности, интересах и мнениях.

При сегментировании по поведенческому принципу покупателей делят на группы в зависимости от того, насколько они знают объект исследования, как к нему относятся, как используют или как реагируют на него. Многие специалисты считают поведенческие переменные наиболее подходящей основой для формирования сегментов рынка.

При сегментировании рынка по видам медицинской помощи необходимо выделить пациентов разного вида учреждений здравоохранения, нуждающихся в различных медицинских услугах, больных различными заболеваниями. В случае сегментирования платных медицинских услуг необходимо провести сегментирование по экономическому признаку, т. е. по уровню дохода населения.

Однако ни один из перечисленных критериев не является, как показывает практика, универсальным. Поэтому на практике применяют комбинированный подход, т. е. используют различные переменные, относящиеся к разным критериям сегментирования рынка.

В действительности невозможно одновременно обратиться сразу ко всем потребителям медицинских услуг, так как они имеют разные вкусы и различаются по стилю приобретения услуг, а также по уровню доходов. Отсюда вырисовывается направление выявления специализированных сегментов рынка медицинских услуг. К тому же на некоторых рынках могут быть удачно расположены конкуренты. Поэтому ЛПУ должны быть заинтересованы в выявлении тех сегментов рынка, которые окажутся для них наиболее привлекательными и совместимыми с их целями и ресурсами. При одинаковых медицинских нуждах потребителя разными могут быть его потребности, ресурсы, географическое положение, уровень санитарной культуры, покупательское отношение, привычки. Любой из этих переменных характеристик можно воспользоваться в качестве основы для сегментации рынка.

При исследовании конкурентоспособности изучают совокупность потребительных, стоимостных и прочих характеристик медицинских услуг,

определяющих их сравнительные позиции и возможность продвижения на данном рынке, т. е. преимущество перед другими медицинскими услугами своего ЛПУ или услугами, оказываемыми другими ЛПУ. Конкурентоспособность — понятие относительное. Она зависит от конкретных условий, складывающихся на том или ином рынке: состояния рынка, его доступности, вида услуги, цены, зависимости спроса от цены, условий предоставления пациенту (на дому, в ЛПУ, ОМС, ДМС и т. п.).

Чаще всего для определения конкурентоспособности используют метод экспертных оценок или метод расстановки приоритетов.

Метод экспертных оценок является предпочтительным в здравоохранении, поскольку сами потребители плохо осведомлены о качестве медицинской услуги. Экспертом, как правило, выбирается специалист, имеющий большой опыт работы и определенные представления, которыми он руководствуется в процессе своей деятельности. Для надежности и достоверности получаемой от экспертов информации определяют компетентность каждого из них.[3]

В данной работе были использованы следующие методы анализа внутренней среды: SWOT анализ, сегментирование, ABC анализ, оценка конкурентоспособности методом экспертных оценок.

ГЛАВА 2 МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ КОММЕРЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ КЛИНИКОЙ

2.1. Ситуационный анализ внутренней среды коммерческой реабилитационной клиникой ООО «Добродел» методом SWOT – анализа.

ООО «Добродел» является частной медицинской коммерческой клиникой. Клиника имеет право на осуществление всех видов деятельности, разрешенных в соответствии с полученной лицензией ЛО-77-01-010215 от 13 мая 2015 года, выданной Департаментом здравоохранения г. Москвы (срок действия лицензии – бессрочно):

- Оказание первичной доврачебной помощи: медицинский массаж, косметология, физиотерапия;
- Оказание первичной врачебной помощи: терапия;
- Оказание первичной специализированной медико - санитарной помощи в онкологии, психотерапии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, косметологии.

Организация работы клиники регулируется, прежде всего, Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 13.07.2015, с изм. от 30.09.2015) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 24.07.2015), Положением об оплате медицинской помощи (приказ Комитета по здравоохранению от 31.07.2003 № 178-п), коллективным договором и другими нормативными документами.

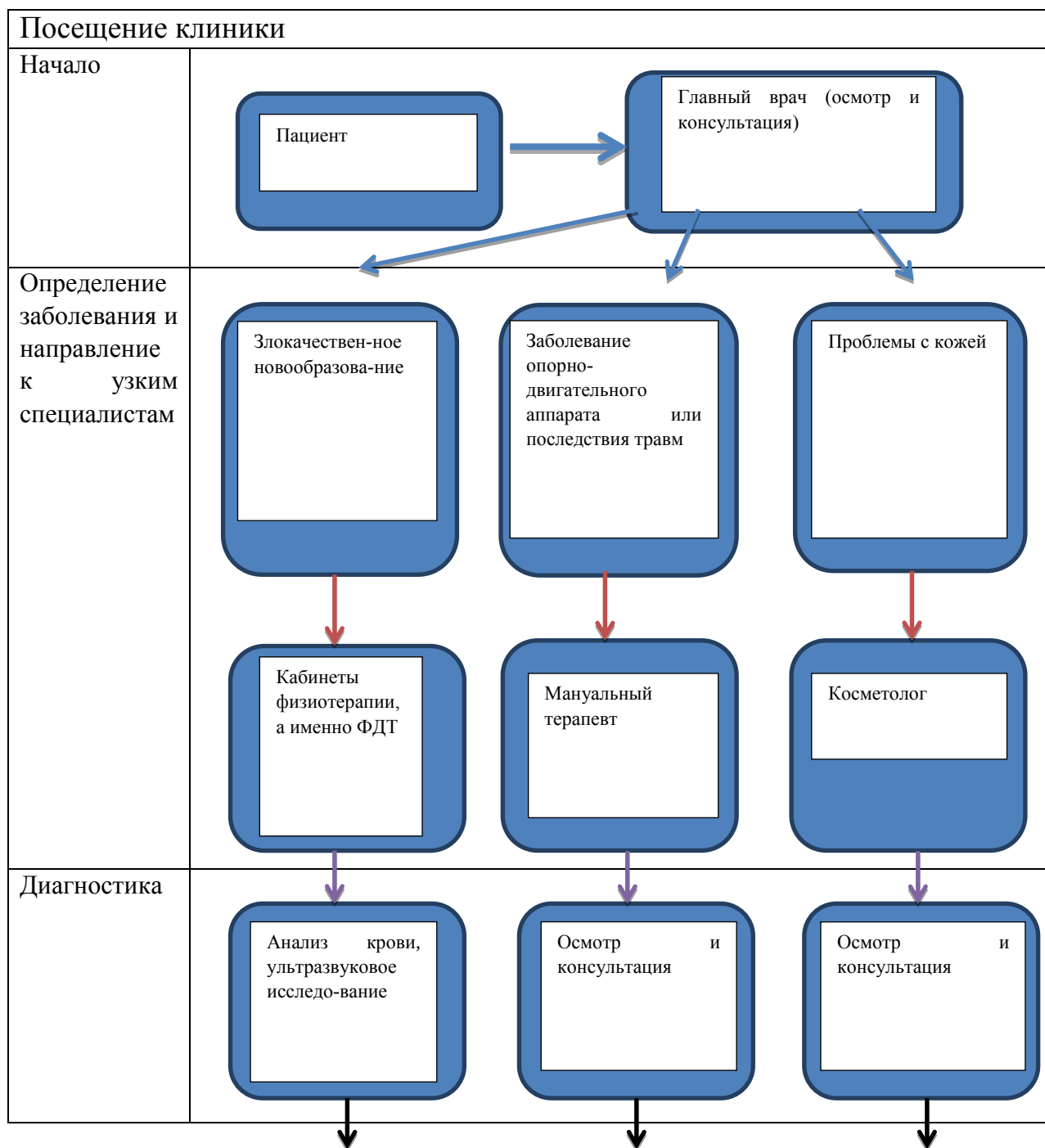
Сведения о медицинской организации никуда не предоставляются и все отчеты принадлежат организации, являясь коммерческой тайной.

Финансирование клиники осуществляется за счет коммерческой деятельности, то есть пациентами клиники.

Структура. В состав клиники входят кабинеты: терапевта, онколога, доврачебного контроля, физиотерапии, процедурный, психотерапевта, ультразвуковой диагностики, косметологии, центральное стерилизационное

отделение (ЦСО), регистратура, административно – хозяйственная часть.

В составе клиники так же имеются специализированные диагностические кабинеты с уникальным оборудованием: Программно-аппаратный диагностический комплекс "СОЗВЕЗДИЕ", комплекс фотодинамической терапии, программно-аппаратные комплексы "Хаос" и "Динамика", камера газоразрядной визуализации.



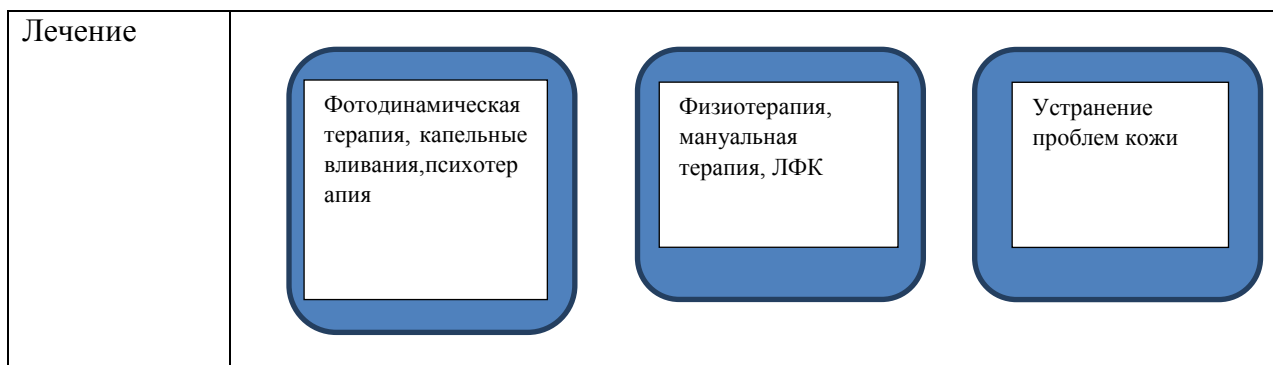


Рисунок 1.Блок-схема функциональных связей кабинетов клиники.

Клиника рассчитана до 40 посещений в смену. Работа организована в одну смену с рабочей субботой.

Управленческая структура: линейного типа. Возглавляет Клинику генеральный директор. У генерального директора имеется заместители: главный врач по научно-исследовательской работе и лечебной части, а так же заместитель по административно-хозяйственной части.

Все подчиняются генеральному директору и главному врачу.



Рисунок 2 Схема управленческой структуры клиники ООО «Добродел»
Трудовые ресурсы.

Штатным расписанием предусмотрено следующее количество ставок для: врачей -6; медицинских сестер - 6, санитарок -2, прочего персонала -6.

Количество медицинских сестер, имеющих сертификаты: по специальности «Сестринское дело» – 6 человек, по специальности «Физиотерапия» – 2 человека , по специальности «Медицинский массаж» – 1 человек, а по специальности «Косметология» – 1 человек.

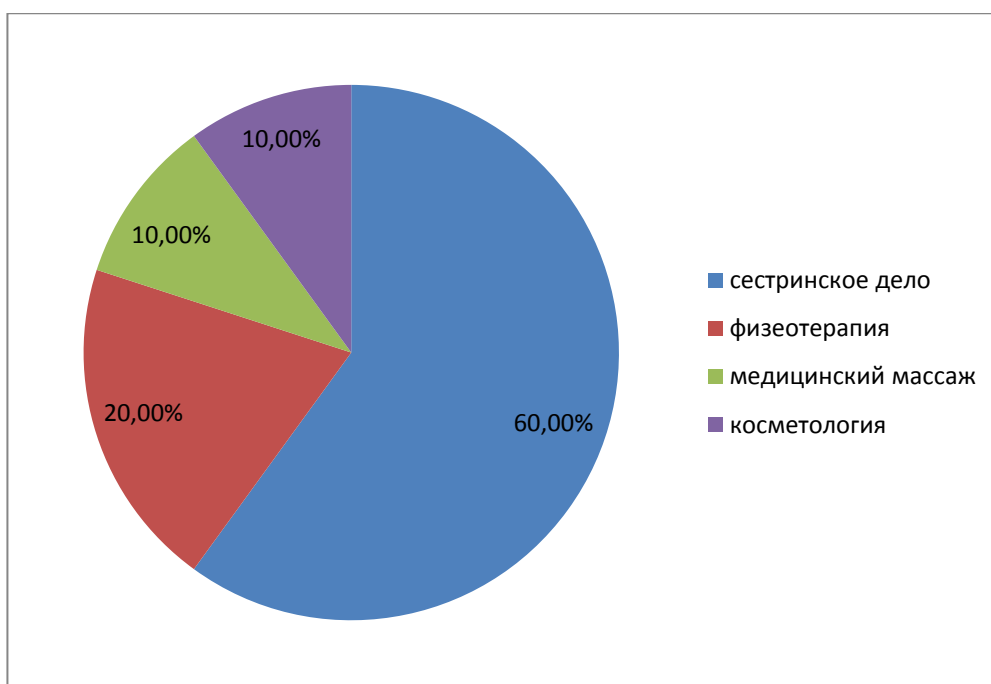


Рисунок 3 Процентное соотношение сертификации сотрудников по выбранным направлениям

Вывод. Штат медсестер, имеющих сертификаты – 6 человек, что составляет 100% от общего числа медсестер. Исходя из этого, у всех медсестер имеется сертификат по специальности «Сестринское дело», что составляет 60% от общего количества сертификатов, а также 1 дополнительный сертификат по «Физиотерапии», что составляет 20% от общего количества сертификатов, а количество сертификатов по «Медицинскому массажу» и «Косметологии» составляют по 1, что соответствует 10% от общего количества сертификатов соответственно.

Таблица 1. Трудовые ресурсы

Динамические показатели	Фактически, %	Норма, %	Оценка занятости
Укомплектованность ставок			
Врачи	100%	100%	Норма
Медсестры	80%	100%	Ниже нормы
Санитарки	100%	100%	Норма
прочий персонал	95%	100%	Ниже нормы

Укомплектованность физическими лицами			
Врачи	100%	100%	Норма
Медсестры	80%	100%	Ниже нормы
Санитарки	100%	100%	Норма
прочий персонал	95%	100%	Ниже нормы
Коэффициент совместительства:			
Врачи	1.1	1.1	Норма
Медсестры	1.1	1.1	Норма
Санитарки	1.1	1.1	Норма
прочий персонал	1.1	1.1	Норма

Вывод. По оценке занятости выявлена фактическая недоукомплектованность ставок на должности: медсестра, прочий персонал.

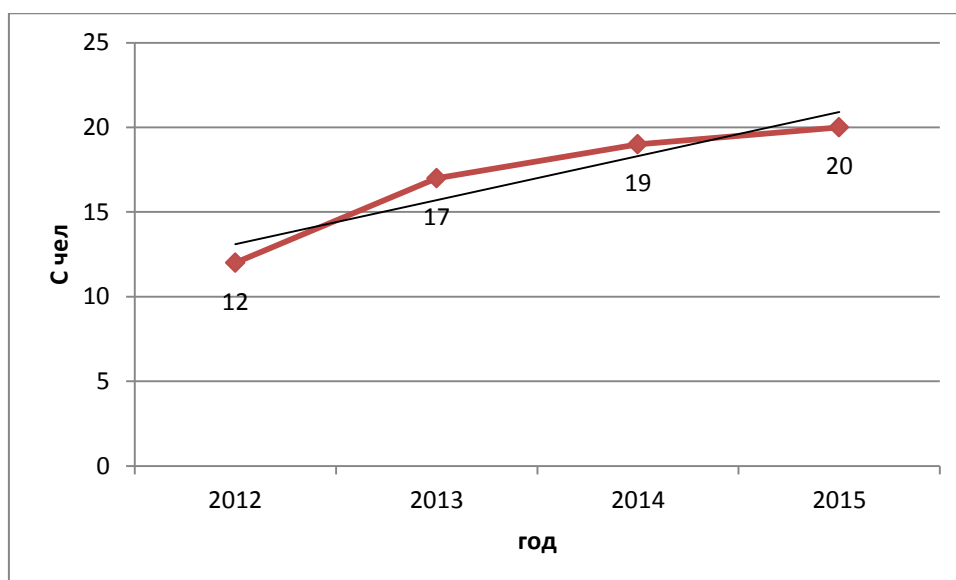
На каждую штатную должность клиники составлена должностная инструкция, которая объявляется сотруднику под расписку при заключении трудового договора.

Движение трудовых ресурсов

Таблица 2 -Динамика численности занятых сотрудников клиники с 2012 по 2015 гг.

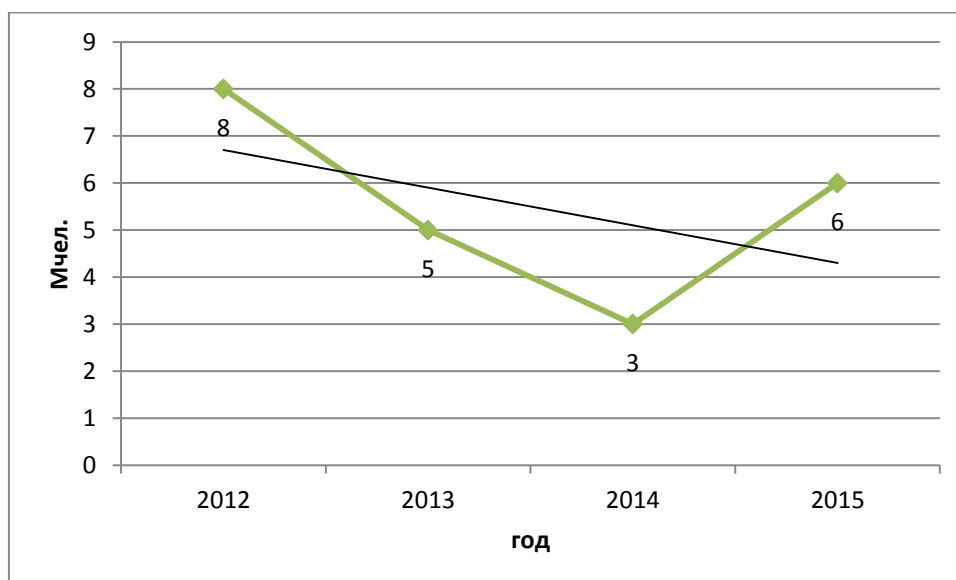
Показатель		Год			
		2012	2013	2014	2015
Число занятых сотрудников в клинике	абсолютное число, чел.	12	17	19	20
	относительное число, %	60	85	95	100
Число уволенных сотрудников	абсолютное число, чел.	8	5	3	6
	относительное число, %	40	25	15	30

Рисунок 4 Динамика численности занятых сотрудников ($C_{\text{чел.}}$) клиники с 2012 по 2015 гг.



Вывод. За исследуемый период (2012-2015 гг.) в клинике наблюдается незначительное увеличение количества сотрудников (на 8%) $C_{\text{чел.}}$.

Рисунок 4.2. Число уволенных сотрудников, ($M_{\text{чел.}}$) в динамике за 2012-2015 гг.



Вывод: число уволенных сотрудников уменьшилось с 40 % до 30 % от списочного состава, что означает снижение увольняемости на 10 % в 2015 году относительно 2012 года, но все равно увольняемость сотрудников очень высока.

Текучесть кадров можно объяснить происходящими реформами в

здравоохранении, что привело к сильному отличию финансирования медицинских учреждений, имеющих Государственное обеспечение и медицинских учреждений коммерческих. В 2015 году произошло увеличение количества сотрудников, за счет притока специалистов из Государственных учреждений здравоохранения, где уровень заработной платы ниже, чем в исследуемой МО. Однако им необходимо время для адаптации к новому месту работы, заработная плата персонала сильно зависит от количества пациентов, нагрузка на персонал высокая. Так же необходимо постоянное обучение новых сотрудников тонкостям авторских методик клиники, что занимает много времени и ресурсов. Это слабая сторона деятельности клиники.

Экономические показатели работы ГП. Средняя занятость ставок по клинике: всего – 76,9%; врачи – 100%; сестринский персонал – 95,2%; санитарский персонал – 100%; прочий персонал – 83,7%. Наблюдается рост совместителей. Средняя заработная плата по клинике с учетом всех категорий на одно лицо составляет 31500 рублей.

Отчетная документация ООО «Добродел». В клинике ведется следующая оперативно-учетная документация:

1. годовой статистический отчет,
2. медицинская карта амбулаторного больного;
3. статистический талон для регистрации заключительного диагноза;
4. талон на прием к врачу;
5. направление на консультацию во вспомогательные кабинеты;
6. журнал учета лекарственных средств;
7. журнал учета утилизации отходов группы «Б»;
8. журнал учета спирта.

Фонд оплаты труда (ФОТ).

ФОТ складывается из средств за оказание медицинской помощи по платным услугам.

Оплата труда производится согласно приказа № 3 генерального директора ООО «Добродел» от 10 января 2004 года. Так же производится премирование в размере до 50 % от полученной выручки сотрудника на усмотрение руководства.

Для проведения работы по определению размеров должностных окладов приказом руководителя (генерального директора) создается постоянно действующая тарификационная комиссия в составе главного бухгалтера и генерального директора. Тарификационный список составляется ежегодно на начало года и заверяется всеми членами комиссии.

Данные тарификационного списка берутся за основу для определения фонда оплаты труда. Кроме того, учитываются доплаты за работу в праздничные дни, за дежурства, замещение работников, уходящих в отпуск, оплата врачей-консультантов и премия в размере 2%.

Из этих сумм складывается месячный ФОТ, путем умножения на 12 месяцев вычисляется годовой фонд оплаты труда. Заработная плата персонала сильно зависит от количества пациентов. Это слабая сторона.

Материально-техническая база.

Клиника оснащена современным оборудованием и расходными материалами отечественного и импортного производства в достаточном количестве. Всегда в наличии необходимое количество одноразового и многоразового инструментария, расходных материалов, лекарственных средств, средств для дезинфекции. Все необходимое для работы приобретается по первому требованию. Персонал клиники обеспечен сменными комплектами рабочей одежды, которая стирается и гладится санитаркой в хозяйственном помещении клиники.

Для забора крови используются вакуумные пробирки. Все медицинские сестры освоили навыки работы с данным оборудованием. В процедурных кабинетах существуют укладки дополнительной одежды в случае загрязнения одежды персонала кровью пациента.

Для облегчения труда медицинского персонала в клинике имеются

средства малой механизации. Подъемник тяжелобольных предназначен для различных случаев подъема человека.

Процедурные кабинеты оснащены достаточным количеством кровоостанавливающих медицинских жгутов, снабженных удобным механизмом-защелкой, позволяющим одной рукой затянуть, зафиксировать, расстегнуть его или ослабить. При наложении такого жгута исключено защемление кожи, одежды, а конструкция позволяет работать с этим жгутом одной рукой.

В клинике год назад был произведен капитальный ремонт. Вся мебель и оборудование в ней новое и износ минимален. Устранение различного рода неисправностей и поломок осуществляют ремонтные службы в кратчайшие сроки. Средний износ оборудования – 30%, а мягкого инвентаря – 28%.

Это сильная сторона.

Показатели деятельности клиники

ООО «Добродел» обслуживает в среднем 6 тыс. населения в год. Из них: мужчин – 2,6 тыс., женщин 3,4 –тыс., В возрасте свыше 90 лет – 12 чел.; мужчин – 5, женщин – 7. В возрасте свыше 80 лет – 21 чел; женщин – 16, мужчин – 5. В возрасте свыше 60 лет – 2212 чел. Доля населения работоспособного возраста составляет 62,6%.

Данные показатели деятельности клиники представлены в таблице 5 и на рисунке 7.

Таблица 3 Анализ заболеваемости населения, обратившегося в клинику с 2012по 2015 гг (чел.)

Заболеваемость	Показатель заболеваемости по годам, чел.			
	2012г	2013г	2014г	2015г
всего (заболеваемость)	5123	5782	6119	6203
Новообразования	3274	3562	3785	3913
Заболевания опорно-двигательного аппарата	892	915	921	933
из них: шейный остеохондроз	154	172	169	184

болезни костно-мышечной системы и соедин. ткани	213	230	241	255
Пояснично-крестцовый радикулит	126	127	115	118
и другие	399	386	396	376
Заболевания кожи:	303	341	340	356
из них: акне	84	90	84	93
псориаз	70	81	75	86
и другие	149	215	181	177
Последствия травм	654	964	987	1001

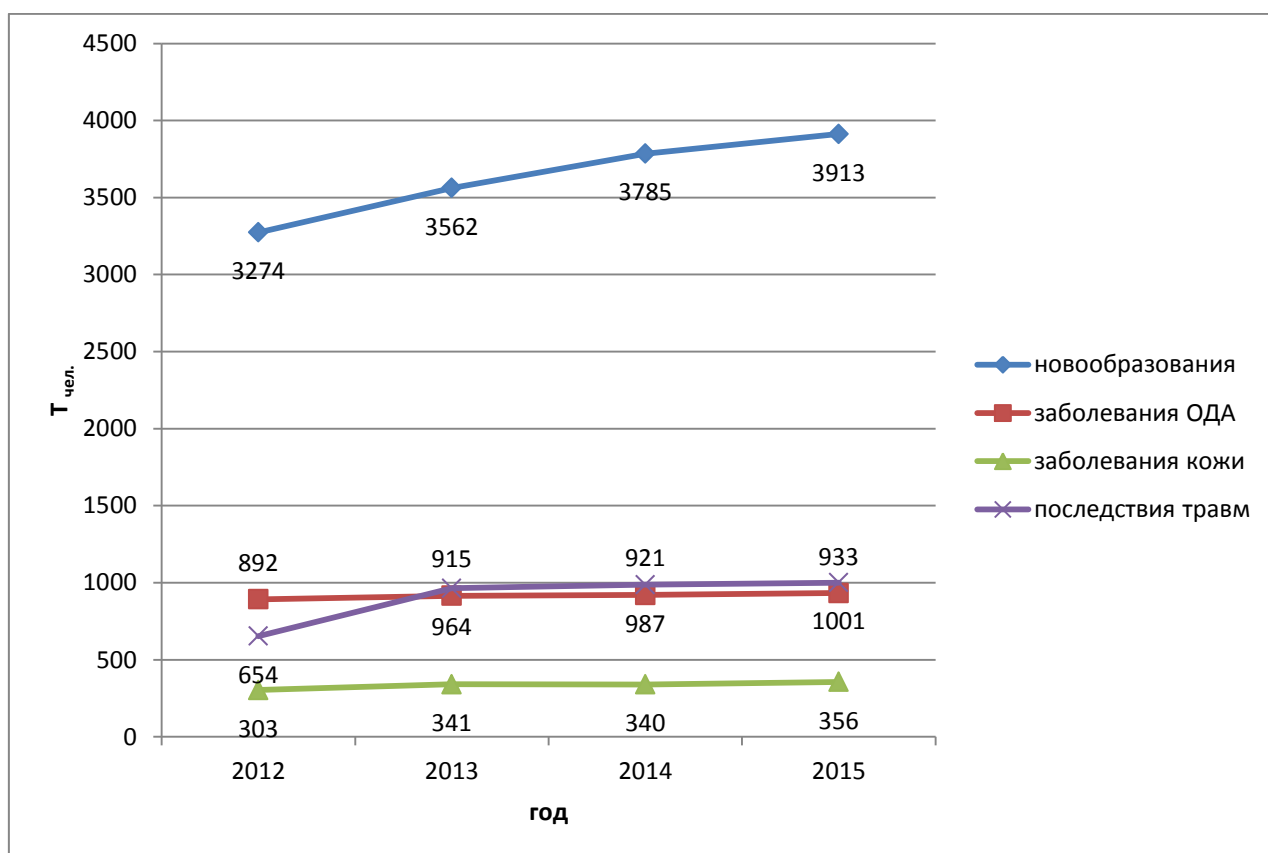


Рисунок 5 Заболеваемость населения, обратившегося в клинику с 2012 по 2015 г. г. (чел) ($T_{\text{чел.}}$)

Вывод. Исходя из показателей заболеваемости с 2012 по 2015 года, можно следующие выводы:

1. Показатель злокачественных новообразований растет из года в год.
2. Заболевания опорно-двигательного аппарата (ОДА) имеют тенденцию к росту (с 892 до 933 человек в год).

3. Заболевания кожи имеют незначительный рост показателей (с 303 до 356 человек в год).
4. Показатель последствия травм в период с 2012 по 2013 годы имел значительный рост (с 654 до 915 человек в год), а затем рос незначительно (с 915 до 933 человек в год).

Таблица 4-Динамика посещения клиники с 2012по 2015 гг.

Показатель	Значение параметра			
	2012	2013	2014	2015
Число посещений на 1 человека в год, чел.	24	30	33	39

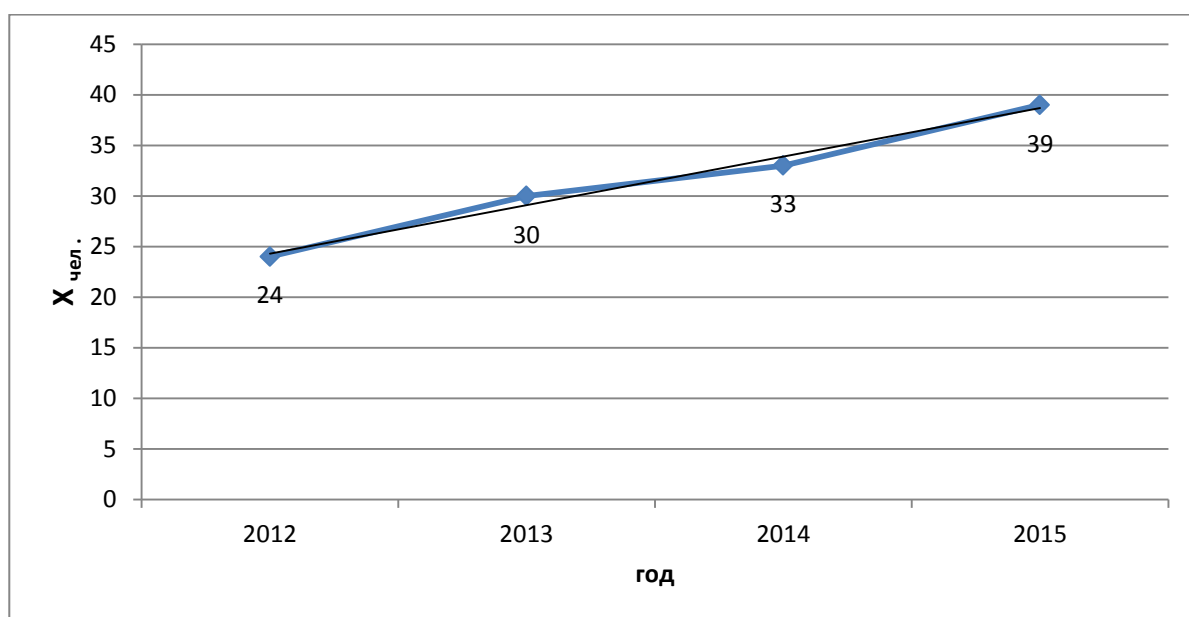


Рисунок 6 Динамика посещения клиники с 2012по 2015 гг. ($X_{\text{чел}}$)

Вывод. Число пациентов клиники растет с каждым годом. За исследуемый период возросло на 37,5 %. Это сильная сторона клиники.

Таблица 5 Возрастно-половая характеристика населения, посетившего клинику и прошедшего лечение с 2012по 2015 гг. (чел.).

Возраст населения	Всего, чел.	Взрослое население, чел.	
		Мужчины	Женщины
до 60 лет	3788	1457	2331

Свыше 60 лет	2212	851	1361
Свыше 80 лет	21	5	16
Свыше 90 лет	12	5	7
Всего	6033	2318	3715

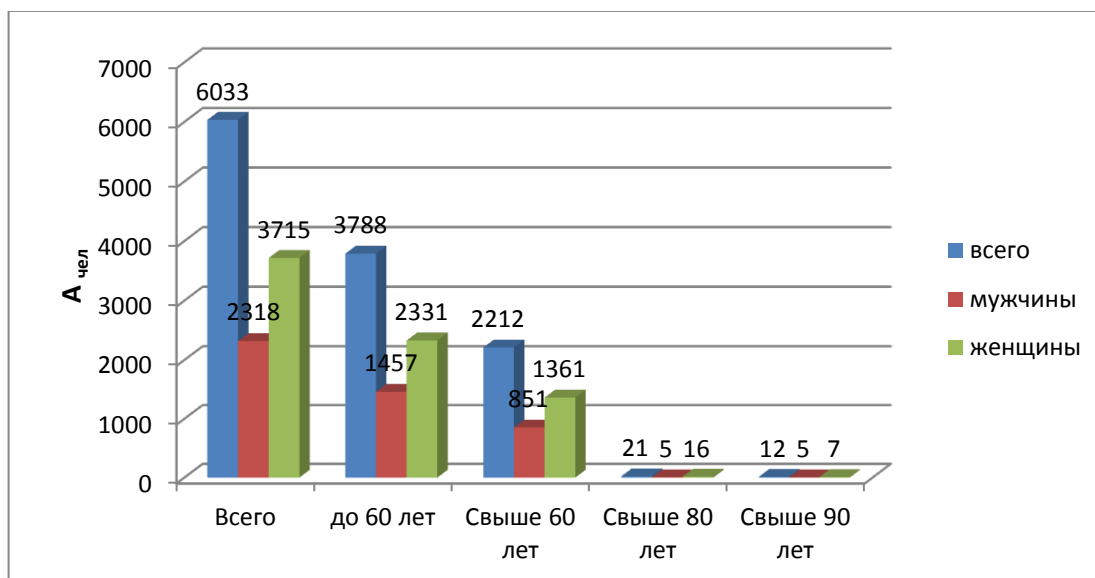


Рисунок 7 Возрастно-половая характеристика населения, посетившего клинику с 2012 по 2015 гг. ($A_{\text{чел.}}$)

Вывод. За исследуемый период 2245 человек старше трудоспособного возраста посетили клинику. Помощь пациентам пожилого и старческого требует больших физических и психических затрат со стороны медицинского персонала. Это угроза клинки.

Так же в клинику обращается все больше пациентов трудоспособного возраста, что составляет 3788 человек за изучаемый период. Это сильная сторона.

Таблица 6 Результаты качественного SWOT-анализа с использованием четырехпольной таблицы

Сильные стороны	Благоприятные возможности
1. Низкий % износа оборудования 2. Наличие специализированных кабинетов 3. Высокая заболеваемость обратившегося населения	1. Наличие реальных потребителей медицинских услуг клиники 2. Увеличение количества контингента 3. Повышение заработной платы за счет увеличения вырученных денег от

4. Наличие учетно-отчетной документации 5. Наличие различных специалистов узкого профиля 6. Высокий % обратившегося населения трудоспособного возраста 7. Оказание платных медицинских услуг 8. Эксклюзивная методика лечения не имеющая аналогов 9. Имеет лицензию на осуществление медицинской деятельности. 10. Имеет оптимальную организационную структуру 11. Растущее, с каждым годом, число посещений клиники.	пациентов. 4. Увеличение количества врачей и среднего медперсонала имеющего квалификационную категорию и сертификат специалиста 5. Увеличение среднедневного приема пациентов 6. Закупка новейшего оборудования, расширение возможности клиники 7. Увеличение рекламной деятельности клиники 8. Открытие филиалов 9. Увеличение количества редких специалистов
Слабые стороны	Угрозы
1. Зарботная плата персонала сильно зависит от количества пациентов 2. Нагрузка на персонал высокая 3. Слабый социальный пакет 4. Недостаточно оборудованное рабочее место 5. Неудобное месторасположение 6. Неудобный график работы 7. Отсутствие выезда на дом к пациентам 8. Квалификация персонала	1. Текучесть медперсонала 2. Высокая заработная плата у конкурентов 3. Высокий процент обратившихся пациентов старше трудоспособного возраста 4. Низкая платежеспособность населения в связи с ситуацией в стране 5. Увеличение количества конкурентов 6. Изменение в законодательстве РФ

Таблица 6.1 - Результаты количественного SWOT- анализа

№	Фактор	Ранг, r_i	Цена ранга, C	Вес фактора, W_i	Оценка фактора, A_i	Параметрический индекс, P_i	Сводный параметрический индекс, P_s
	1	2	3	4	5	6	7
Сильные стороны							
1	Низкий % износа оборудования	2	0,015151515	0,030	4	0,121	4,91
2	Наличие специализированных кабинетов	3		0,045	4	0,182	
3	Высокая заболеваемость обратившегося населения	6		0,091	5	0,455	

№	Фактор	Ранг, r_i	Цена ранга, C	Вес фактора, W_i	Оценка фактора, A_i	Пара метри ческий индекс, P_i	Свод ный параметри ческий индекс, P_s
	1	2	3	4	5	6	7
4	Наличие учетно-отчетной документации	1		0,015	4	0,061	
5	Наличие различных специалистов узкого профиля	4		0,061	5	0,303	
6	Высокий % обратившегося населения трудоспособного возраста	8		0,121	5	0,606	
7	Оказание платных медицинских услуг	7		0,106	5	0,530	
8	Эксклюзивная методика лечения не имеющая аналогов	11		0,167	5	0,833	
9	Имеет лицензию на осуществление медицинской деятельности.	10		0,153	5	0,758	
10	Имеет оптимальную организационную структуру	5		0,076	5	0,379	
11	Растущее, с каждым годом, число посещений клиники.	9		0,136	5	0,682	
	Всего	66		1			
Благоприятные возможности							
1	Наличие реальных потребителей медицинских услуг клиники	7	0,022222222	0,156	5	0,778	4,95
2	Увеличение количества контингента	8		0,178	5	0,889	
3	Повышение заработной платы за счет увеличения вырученных денег от пациентов.	1		0,022	5	0,111	
4	Увеличение количества врачей и среднего медперсонала имеющего квалификационную категорию и сертификат специалиста	3		0,067	5	0,333	
5	Увеличение среднечасового приема пациентов	6		0,133	5	0,667	
6	Закупка новейшего оборудования, расширение возможности клиники	9		0,2	5	1	
7	Увеличение рекламной деятельности клиники	2		0,044	4	0,178	

№	Фактор	Ранг, r_i	Цена ранга, C	Вес фактора, W_i	Оценка фактора, A_i	Пара метри ческий индекс, P_i	Свод ный параметри ческий индекс, P_s
	1	2	3	4	5	6	7
8	Открытие филиалов	5		0,111	5	0,556	
9	Увеличение количества редких специалистов	4		0,089	5	0,444	
	Всего	45		1			
Слабые стороны							
1	Зарботная плата персонала сильно зависит от количества пациентов	5	0,066666667	0,333	-4	-1,33	-3,67
2	Нагрузка на персонал высокая	4		0,267	-3	-0,8	
3	Слабый социальный пакет	2		0,133	-4	-0,53	
4	Недостаточно оборудованное рабочее место	5		0,067	-3	-0,2	
5.	Неудобное месторасположение	3		0,2	-4	-0,8	
	Всего	15		1			
Угрозы							
1	Текучесть медперсонала	4	0,047619048	0,190	-4	-0,76	-3,58
2	Высокая заработная плата у конкурентов	5		0,238	-4	-0,95	
3	Высокий процент обратившихся пациентов старше трудоспособного возраста	2		0,095	-2	-0,19	
4	Низкая платежеспособность населения в связи с ситуацией в стране	3		0,143	-3	-0,43	
5	Увеличение количества конкурентов	6		0,286	-4	-1,14	
6	Изменение в законодательстве РФ	1		0,048	-2	-0,09	
	Всего	21		1			

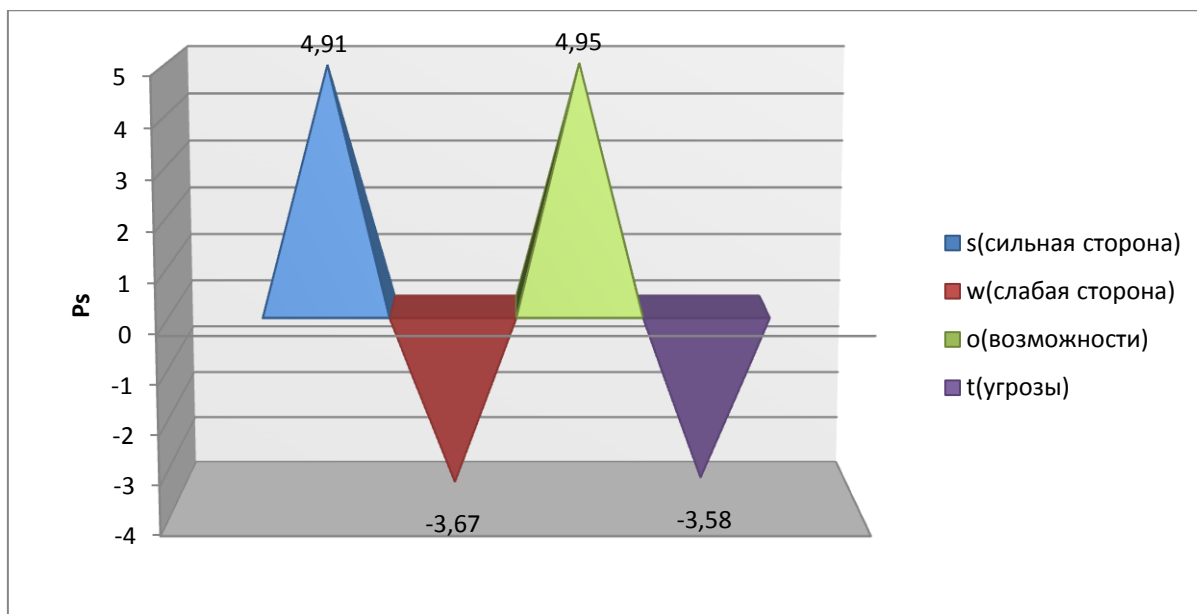


Рисунок 8- Результаты анализа внутренней среды клиники методом SWOT-анализа.

Вывод. В деятельности изучаемой коммерческой клиники сильные стороны ($Ps = 4,91$) преобладают над слабыми сторонами ($Ps = -3,67$), а возможности ($Ps = 4,95$) над угрозами ($Ps = -3,58$).

Сильные стороны

- Наличие лицензии на осуществление медицинской деятельности учреждения - служит гарантией оказания высококвалифицированной, качественной медицинской помощи населению, что способствует расширению привлечению новых пациентов для обслуживания и получения дополнительной прибыли.
- Достаточное материально-техническое оснащение отделения способствует более качественному оказанию медицинских услуг, расширению спектра предоставляемых услуг.
- Эксклюзивная методика лечения, не имеющая аналогов - является залогом постоянного потока пациентов и притока новых.
- Растущее с каждым годом число посещений клиники приносит дополнительные средства клинике, повышает заработные платы сотрудников и благоприятное влияет на развитие клиники, давая возможность закупать новое оборудование и привлекать квалифицированный персонал.

- Высокий % обратившегося населения трудоспособного возраста - растущая с каждым годом заболеваемость указывает на то, что клиника стабильно будет обеспечена платежеспособными потребителями.

Возможности

- Открытие филиалов принесет дополнительный приток пациентов, появление вакантных рабочих мест, возможность расширения площадей клиники, вследствие чего, дополнительную прибыль и возможность помочь новым обратившимся пациентам.

- Увеличение среднедневного приёма пациентов увеличит пропускную способность клиники и позволит помочь большему количеству пациентов, увеличив прибыль.

- Закупка новейшего оборудования позволит качественнее проводить диагностику и лечение, так же привлечет новых пациентов.

Слабые стороны

- Заработная плата сильно зависит от количества пациентов. Для увеличения количества пациентов, необходимо их привлечение наличием редких специалистов и новейшего оборудования, использование новых методик лечения и профилактики. А иначе, это повлечет за собой сильную текучесть кадров.

- Слабый социальный пакет увеличивает количество недовольных сотрудников и текучесть кадров. Необходимо наладить ежегодную диспансеризацию сотрудников, увеличение отпусков и льготные путевки на санаторно-курортное лечение по показаниям.

Угрозы

- Текучесть медперсонала подрывает деятельность клиники, так как в работе используется эксклюзивная методика, и период обучения вновь прибывшего сотрудника занимает продолжительное время.

- Высокая заработная плата у конкурентов, так же негативно сказывается на деятельности клиники, так как многие сотрудники недовольны непостоянством заработной платы, это повышает текучесть кадров.
- Увеличение количества конкурентов уменьшает количество пациентов и финансовое положение клиники.

2.1.2 Сегментирование рынка потребителей медицинских услуг, оказываемых коммерческой реабилитационной клиникой

Сегментирование позволяет определить основных потребителей медицинских услуг и на основании этого выстроить стратегию дифференцированного маркетинга данной медицинской организации.

Клиники реабилитации пациентов, особенно с онкологией имеют свою специфику в организации работы, в укладе жизни больных, для которых практически не существует понятия «выписка». Даже при улучшении состояния и, как, казалось бы, выздоровлении, всегда ставят диагноз ремиссия. Основное отличие реабилитационной клиники от других социальных и медицинских учреждений состоит в особенностях контингента. Инвалиды с онкологическими заболеваниями относятся к наиболее социально уязвимым группам населения, так как на их лечение тратятся огромные личные средства. При распределении инвалидности России на втором месте злокачественные новообразования (20,5%). И этот процент с каждым годом неуклонно растет.

На протяжении многих десятилетий основными организационными формами онкологической помощи в системе бюджетного здравоохранения считаются учреждения стационарного типа, диспансеры. Мест в подобных учреждениях не хватает, в связи с чем, очередь для помещения в стационарные учреждения неуклонно растет. Особенно это касается реабилитации, в период ремиссии. Пациенты все чаще обращаются в коммерческие клиники. Так как из-за реформы в здравоохранении сокращается количество бюджетных медицинских учреждений.

В настоящее время проблема реабилитации при онкологических заболеваниях занимает лидирующее место во всем мире и является достаточно актуальной.

Сегментирование проведено сложным многофакторным фасеточным методом на основании данных статистического отдела клиники.

На основе статистических данных клиники было принято решение рассмотреть метод фотодинамической терапии при онкологии. Так как, исходя, из данных клиники, данное направление по количеству обратившихся занимает порядка 80% от общего числа пациентов клиники. Исходя из этого, при проведении сегментирования остальными направлениями можно пренебречь.

В таблице 7 представлены основные критерии сегментирования рынка для выявления конечного потребителя услуги «Фотодинамическая терапия».

Таблица 7 - основные критерии сегментирования рынка для выявления конечного потребителя «Фотодинамическая терапия».

Факторы сегментирования	Переменные величины	Разбивка факторов
Демографические	Возраст (8)	1. 0-18 лет 2. 18-29 лет 3. 30-39 лет 4. 40-49 лет 5. 50-59 лет 6. 60-69 лет 7. 70-79 лет 8. 80 лет и старше
Демографические	Пол(2)	9. Мужской 10. Женский
Физиологические	Нозология (5)	11. Злокачественное новообразование головного мозга 12. Злокачественное новообразование молочной железы 13. Злокачественное новообразование предстательной железы 14. Злокачественное новообразование легких 15. Злокачественное новообразование желудочно-кишечного тракта

Базовый сегмент рынка – это все конечные и/или промежуточные потребители медицинских услуг, выделенные особым образом и обладающие определенными общими признаками.

При многофакторном фасеточном сегментировании рассчитывают по формуле $C_n = P_{n1} \text{возраст} * P_{n2} \text{канал поступления} * P_{n3} \text{нозология}$.

Расчёт возможного количества образующихся при делении рынка сегментов производится по следующей формуле:

$$C_n = P_{n1} P_{n2} P_{n3} \quad (1)$$

Из этого следует, что

P_{n1} возраста = 8 сегментов;

P_{n2} пола = 2;

P_{n3} нозологии = 5.

Подставив значения в формулу (1), получим следующее значение сегментов рынка:

$$C_n = 8 * 2 * 5 = 80.$$

На рисунке (7) представлены базовые сегменты рынка услуги «фотодинамическая терапия» клиники ООО «Добродел».

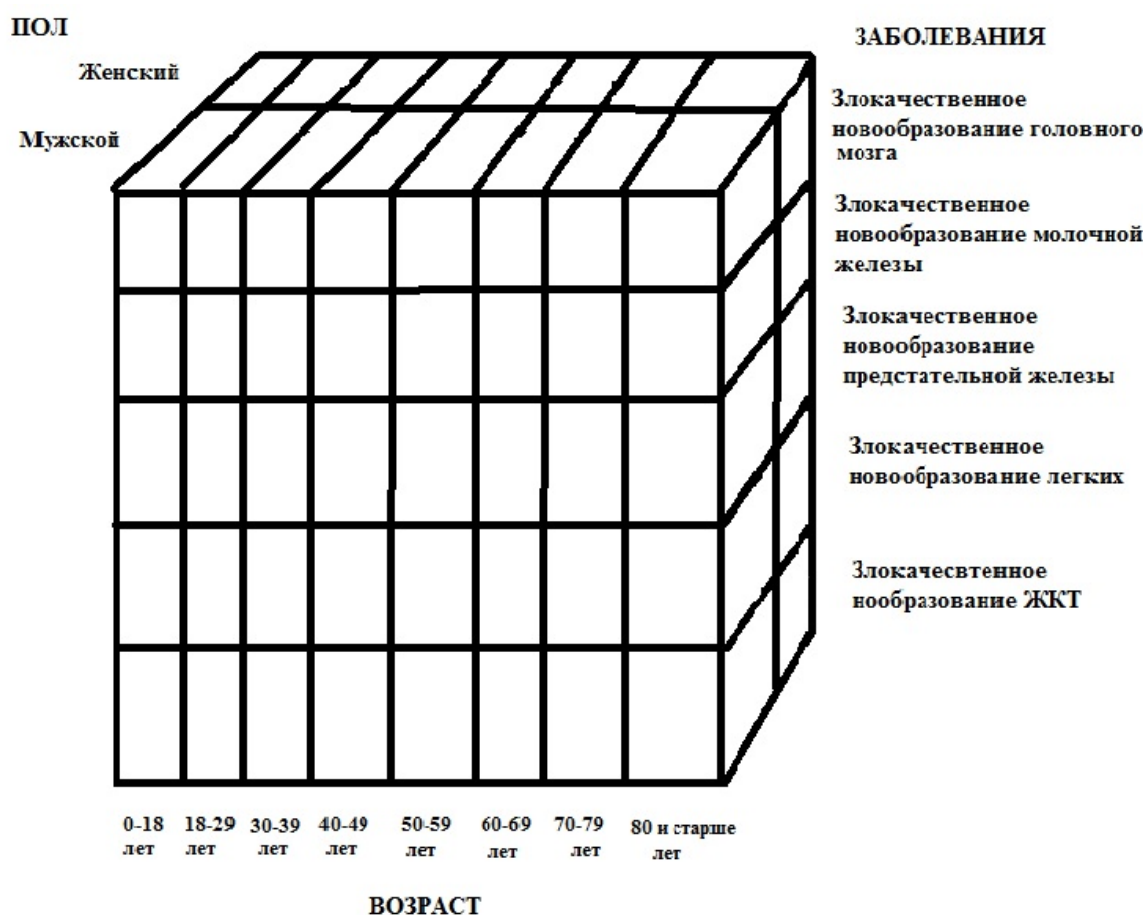


Рисунок 9 - Базовые сегменты рынка услуги «фотодинамическая терапия» клиники ООО «Добродел»

Базовыми сегментами для рынка потребителей медицинской услуги «фотодинамическая терапия» клиники ООО «Добродел»: это пациенты в возрасте от 0 до 80 лет и старше со следующими заболеваниями: злокачественное новообразование головного мозга, злокачественное новообразование молочной железы, злокачественное новообразование предстательной железы, злокачественное новообразование легких, злокачественное новообразование желудочно-кишечного тракта. Мужчины и женщины.

Целевой сегмент рынка – один или несколько сегментов, отобранных для маркетинговой деятельности клиники.

Выбор возможных целевых сегментов основан на том, что медицинская услуга – фотодинамическая терапия показана всем обратившимся в

клинику пациентам, с онкологическими заболеваниями.

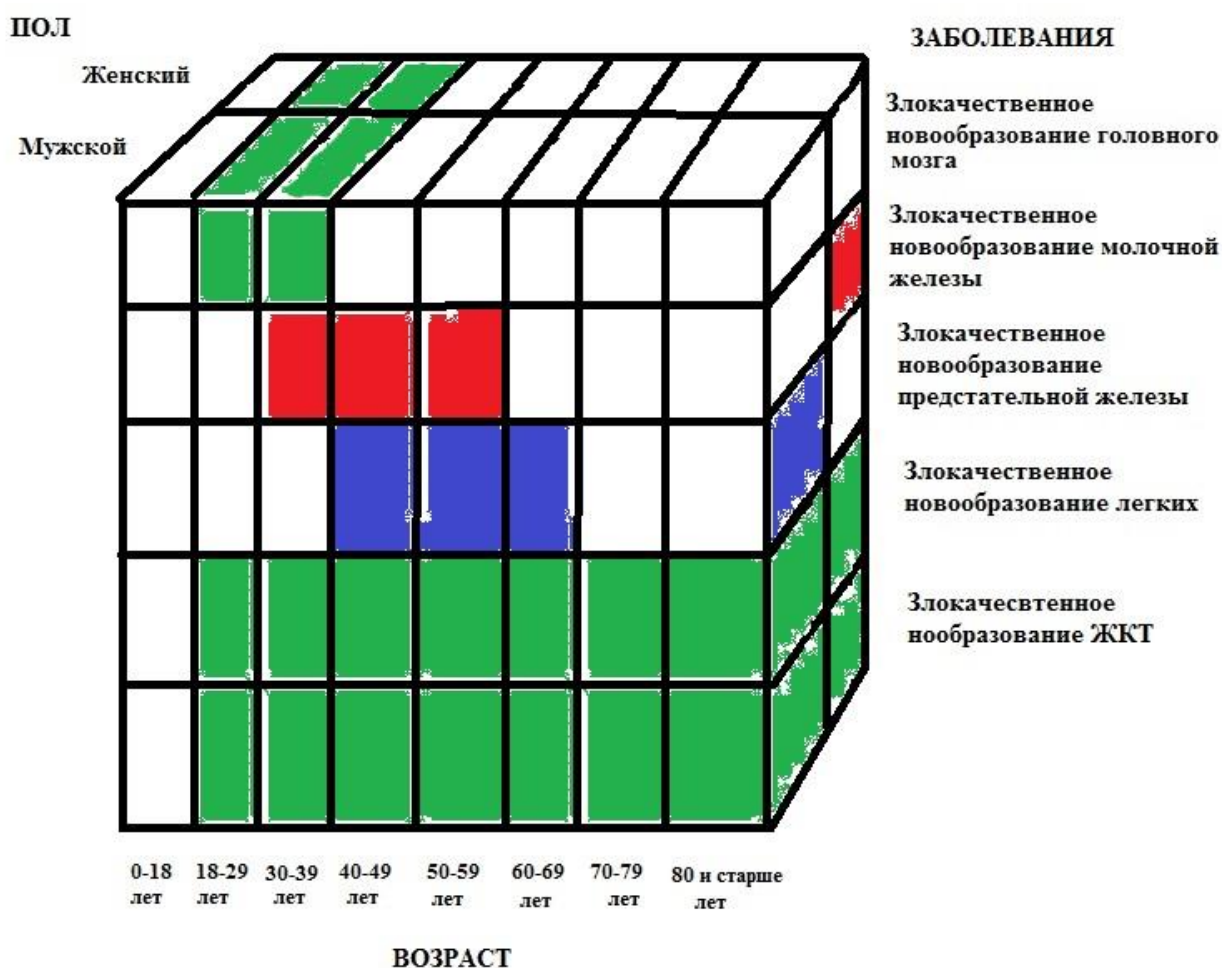


Рисунок 10 - Графическое изображение целевых сегментов рынка услуги «фотодинамическая терапия» коммерческой реабилитационной клиники.

Вывод: в ходе сегментирования рынка сложным многофакторным фасетным методом выявлено 38 целевых сегментов рынка медицинской услуги «фотодинамическая терапия», оказываемой в коммерческой реабилитационной клинике ООО «Добродел».

Целевой сегмент рынка медицинской услуги «фотодинамическая терапия», оказываемой в коммерческой реабилитационной клинике ООО «Добродел» – мужчины и женщины в возрасте от 18 до 80 лет и старше со следующими заболеваниями: злокачественное новообразование головного мозга (ВЫДЕЛЕНО ЗЕЛЕНЫМ ЦВЕТОМ, ТАК КАК ПАЦИЕНТЫ ОБОИХ

ПОЛОВ), злокачественное новообразование молочной железы (ВЫДЕЛЕНО КРАСНЫМ ЦВЕТОМ, только женщины), злокачественное новообразование предстательной железы (ВЫДЕЛЕНЫ СИНИМ ЦВЕТОМ, только мужчины), злокачественное новообразование легких, злокачественное новообразование желудочно-кишечного тракта.

2.1.3 Оценка конкурентоспособности медицинской услуги «Фотодинамическая терапия », оказываемой в ООО «Добродел»

Оцениваем конкурентоспособность медицинских услуг "Фотодинамическая терапия с препаратом Фотолон" и «Фотодинамическая терапия с препаратом Радахлорин ", оказываемых в ООО «Добродел»

Фотодинамическая терапия (ФДТ) – метод удаления доступных для света опухолей, основанный на введении в организм больных фотосенсибилизаторов, способных избирательно накапливаться преимущественно в опухолевых тканях. В результате повышается чувствительность опухолей к свету, т.к. под действием света ФС вступают в фотодинамические реакции, продуцируя АФК и свободные радикалы. Эти реакционноспособные частицы вызывают окислительное повреждение опухолей, приводящее к их гибели с последующим замещением нормальной тканью.

В настоящее время ФДТ используется для уничтожения небольших поверхностных опухолей, либо полостных опухолей, которые можно облучать при помощи световодов. Помимо этого, ФДТ применяется также для стерилизации операционного поля после хирургического удаления массивных опухолей.

- 1) Селективное окрашивание патологически измененных тканей.
- 2) Фотофизические процессы, ведущие к генерации активных химических продуктов.

3) Темновые фотохимические процессы, ведущие к смерти клеток и деструкции опухоли.

4) Очищение раны и заживление.

5) Выведение ФС из организма.

Онкологические применения ФДТ ограничены опухолями, которые возможно облучить красным светом. Это могут быть либо поверхностные опухоли, которые можно непосредственно облучать, например, рак кожи, головы и шеи, либо опухоли полых внутренних органов, к которым можно доставить свет с помощью волоконного световода. К таким опухолям относятся новообразования полости рта, пищевода, желудка, толстого кишечника, легких, молочной железы, шейки матки, простаты и мочевого пузыря. Также проводятся экспериментально-клинические исследования применения ФДТ для лечения опухолей мозга, глаза, яичек, груди и т.д.

ФДТ, как и другие методы лечения, особенно эффективна на ранних стадиях онкологических заболеваний, в случае небольших локализованных опухолей. Ее достоинствами по сравнению с другими методами лечения рака (хирургией, радио- и химиотерапией) являются локальность и селективность воздействия, возможность многократного повторения процедур, послойной обработки опухолей, бесконтактность воздействия, возможность сочетания с другими методами лечения и сочетания в одной процедуре флуоресцентной диагностики и лечебного воздействия, снижения метастазирования.

Успехи ФДТ злокачественных новообразований способствовали проведению исследований по применению ФДТ для лечения неопухолевых заболеваний с быстрой пролиферацией тканей (например, эндометриоза, псориаза, фиброзно-клеточной гиперплазии эндотелия сосудов, макулярной дегенерации сетчатки, ревматоидных и псориатических артритов и др.). Основанием для этого являются данные о селективном накоплении и длительной задержке ФС клетками и тканями с высокой пролиферативной

активностью. Важной сферой применения ФДТ стала гнойная хирургия. В последние годы показано, что этот метод перспективен для лечения бактериальной и грибковой инфекции, а также для стерилизации переливаемой крови или эритроцитарной массы.

Существуют различные способы введения фотосенсибилизатора (фотоактивного вещества для ФДТ), основным является внутривенный и местное нанесение.

ФС является ключевым элементом в процедурах ФДТ. Фундаментальной предпосылкой для оптимального ответа на фотосенсибилизацию является способность клеток/тканей мишеней накапливать и селективно удерживать фотосенсибилизирующие соединения.

ФС могут быть разделены на три широких семейства: 1) на основе порфирина (например, «Фотофрин», «Аласенс»), 2) хлорофилл-основанные ФС (например, хлорины, пурпурины, бактериохлорины) и 3) красители (например, фталоцианин, нафтолоцианин). Большинство используемых в настоящее время ФС принадлежит к порфириновому семейству. [5]

При оценивании конкурентоспособности, была выбрана 1 услуга «фотодинамическая терапия» с применением двух разных препаратов-фотосенсибилизаторов.

При оценке конкурентоспособности медицинской услуги методом экспертных оценок были выбраны кандидаты в эксперты среди врачей клиники.

Для определения компетентности кандидатов в эксперты медицинских услуг в коммерческой реабилитационной клинике, были выбраны виды вспомогательных средств для эффективного проведения фотодинамической терапии, по которым провели определение компетентности кандидатов в эксперты методом анкетирования.

Расчетные таблицы конкурентоспособности медицинской услуги «Фотодинамическая терапия (ФДТ)»

Таблица 8 – Результаты анкетирования кандидатов в эксперты
медицинских услуг в ООО «Добродел»

Показатель	Кандидаты в эксперты №			
	1	2	3	4
Количество освоенных из списка видов вспомогательных средств ФДТ	10	10	10	10
Из них используются:				
наиболее часто	8	5	6	7
крайне редко	1	3	2	1
не используется	1	2	2	2
Количество освоенных видов вспомогательных средств, для ФДТ, не внесенных в список	1	0	0	0
Количество новых вспомогательных средств для ФДТ за последние три года на основании:				
специальной литературы;	7	4	4	5
информации от других врачей, представителей фирм;	1	1	1	1
курсов повышения квалификации, конференций, конгрессов;	2	1	1	1
собственных исследований, обобщения вторичной информации, интуиции	3	3	2	2
Общий стаж работы по специальности, лет	45	32	11	14
Стаж работы с проведением ФДТ, лет	20	30	5	14
Наличие степени, звания, квалификационной категории	Д.М.Н	К.М.Н	Первая категория	Высшая категория

Таблица 9 - Виды вспомогательных средств для ФДТ.

№ п/п	Виды вспомогательных средств для фотодинамической терапии
1.	Действующий препарат

2.	Инфракрасный лазер мощностью 662 НМ
3.	Шприц 3 шт.
4.	Вспомогательные препараты 2 шт.
5.	Ватные шарики 2 шт.
6.	Дезинфицирующий раствор
7.	Лейкопластырь

Методика определения компетентности экспертов проводится путем расчета следующих коэффициентов: использования методик лечения, инструментальных средств, номенклатуры лекарственных препаратов и др., осведомленности эксперта; квалификационного уровня эксперта; научного и квалификационного авторитета; компетентности эксперта.

1.1. Рассчитываем коэффициент использования методик лечения специалистом – кандидатом в эксперты:

$$K_1 = \frac{(B + C) - B - 0,5ЧГ}{A} + \frac{Ч}{A + C}$$

1. 2. Рассчитываем коэффициент осведомленности специалиста – кандидата в эксперты:

$$K_2 = \frac{Ч + (0,8П_1 + 0,6П_2 + 0,7П_3 + П_4)}{A + C}$$

1.3. Рассчитываем коэффициент квалификационного уровня специалиста – кандидата в эксперты:

$$K_3 = \frac{2М + Т}{3}$$

1.4. Рассчитываем коэффициент научного и квалификационного авторитета специалиста – кандидата в эксперты:

$$K_4 = \sum_{i=1}^n K_n$$

1.5. Рассчитываем общий коэффициент компетентности специалиста – кандидата в эксперты:

$$K_k = \frac{2K_1 + 3K_2 + K_3 + K_4}{6}$$

Таблица 10 - Компетентность экспертов, входящих в экспертную группу по оценке конкурентоспособности медицинской услуги

Методика определения компетентности экспертов	Кандидаты в эксперты №			
	1	2	3	4
Коэффициент использования методик лечения	1,22	0,7	0,6	0,95
Коэффициент осведомленности	0,96	1,25	1,25	1,43
Коэффициент квалификационного уровня	1,00	1,00	0,6	1,00
Коэффициент научного и квалификационного авторитета специалиста – кандидата в эксперты	0,8	0,5	0,2	0,3
Общий коэффициент компетентности специалиста – кандидата в эксперты	1,19	1,11	0,96	1,24

Таблица 11 - Результаты оценки компетентности экспертов медицинских услуг в ООО «Добродел»

Эксперт	1	2	3	4
K_k	1,19	1,11	0,96	1,24

Вывод. Кандидаты в эксперты медицинских услуг в исследуемой клинике могут быть использованы в качестве экспертов по оценке конкурентоспособности медицинской услуги, так как их компетентность достаточно высокая.

В результате проведения расчетов коэффициентов была сформирована экспертная группа из четырех врачей клиники.

Таблица 12 - Результаты определения экспертами веса фактора медицинской услуги реабилитационной клиники

№ № п/ п	Параметр	Эксперт 1			Эксперт 2			Эксперт 3			Эксперт 4		
		r_i	C	W_i	r_i	C	W_i	r_i	C	W_i	r_i	C	W_i
1	Цена	4		0,111 111	2		0,055 556	2		0,055 556	3		0,0833 33

2	Страна изготовитель	8		0,222 222	3		0,083 333	7		0,194 444	6		0,1666 67
3	Количество лекарст- венного средства в ампуле	3	0, 0 2 7	0,083 333	4	0, 0 2 7	0,111 111	5	0, 0 2 7	0,138 889	5	0, 0 2 7	0,1388 89
4	Дополни- тельные инструменты	7	7 8	0,194 444	5	7 8	0,138 889	8	7 8	0,222 222	8	7 8	0,2222 22
5	Дополни- тельные препараты	6		0,166 667	6		0,166 667	4		0,111 111	2		0,0555 56
6	Длитель- ность воздействия лазером	5		0,138 889	8		0,222 222	6		0,166 667	7		0,1944 44
7	Быстрота наступления побочного эффекта в виде боли	2		0,055 556	7		0,194 444	3		0,083 333	4		0,1111 11
8	Эффектив- ность препарата	1		0,027 778	1		0,027 778	1		0,027 778	1		0,0277 78
Всего		36		1,000	36		1,000	36		1,000	36		1,000

Сделав предварительные расчеты можно определить сводный параметрический индекс и оценить конкурентоспособность медицинской услуги «*Фотодинамическая терапия (ФДТ)*».

Таблица 13- Результаты оценки медицинской услуги экспертами

Оценка конкурентоспособности медицинской услуги					
Объекты исследования					
Наименование медицинской услуги		Условное обозначение		Медицинская организация	
Основная медицинская услуга					
ФДТ с препаратом «Фотолон»		ОМУ		ООО «Добродел»	
Медицинские услуги сравнения					
1. ФДТ с препаратом «Радахлорин»		МУ1		ООО «Добродел»	
Результаты исследования					
№№ п/п	Параметр	Оценка эксперта (A_i)			
		эксперт 1	эксперт 2	эксперт 3	эксперт 4
ОМУ					
1	Цена	5	5	5	5
2	Страна изготовитель	3	4	4	3
3	Количество лекарственного средства в ампуле	5	5	5	5
4	Дополнительные инструменты	4	5	4	4
5	Дополнительные препараты	4	4	3	3
6	Длительность воздействия лазером	3	3	4	3
7	Быстрота наступления побочного эффекта в виде боли	1	1	1	1
8	Эффективность препарата	5	4	3	4
МУ1					
1	Цена	2	2	2	2
2	Страна изготовитель	5	4	5	4
3	Количество лекарственного средства в ампуле	3	3	3	3
4	Дополнительные инструменты	4	5	4	4
5	Дополнительные препараты	5	4	5	5
6	Длительность воздействия лазером	3	3	4	3
7	Быстрота наступления побочного эффекта в виде боли	5	5	5	5
8	Эффективность препарата	5	4	5	5

Таблица 14 - Результаты оценки конкурентоспособности медицинской услуги «**Фотодинамическая терапия (ФДТ)**».

№ п/п	Параметр	Средневзвешенный вес фактора ($W_{i\,cp}$)	Средневзвешенная оценка ($A_{i\,cp}$)	Параметрический индекс (P_i)	Сводный параметрический индекс (P_s)
«Фотолон»					
1	Цена	0,08	5	0,39	3,62
2	Страна изготовитель	0,17	3,46	0,58	
3	Количество лекарственного средства в ампуле	0,12	5	0,59	
4	Дополнительные инструменты	0,19	4,25	0,83	
5	Дополнительные препараты	0,12	3,51	0,44	
6	Длительность воздействия лазером	0,18	3,21	0,58	
7	Быстрота наступления побочного эффекта в виде боли	0,11	1	0,11	
8	Эффективность препарата	0,03	4,05	0,11	
«Радахлорин»					
1	Цена	0,08	2	0,16	3,94
2	Страна изготовитель	0,17	4,48	0,75	
3	Количество лекарственного средства в ампуле	0,12	3	0,35	
4	Дополнительные инструменты	0,19	4,25	0,83	
5	Дополнительные препараты	0,12	4,75	0,59	
6	Длительность воздействия лазером	0,18	3,21	0,58	
7	Быстрота наступления побочного эффекта в виде боли	0,11	5	0,56	
8	Эффективность препарата	0,03	4,75	0,13	

Результаты оценки конкурентоспособности медицинской услуги «**Фотодинамическая терапия (ФДТ)**», оказываемой в коммерческой реабилитационной клинике ООО «Добродел» представлены на рисунке 18.

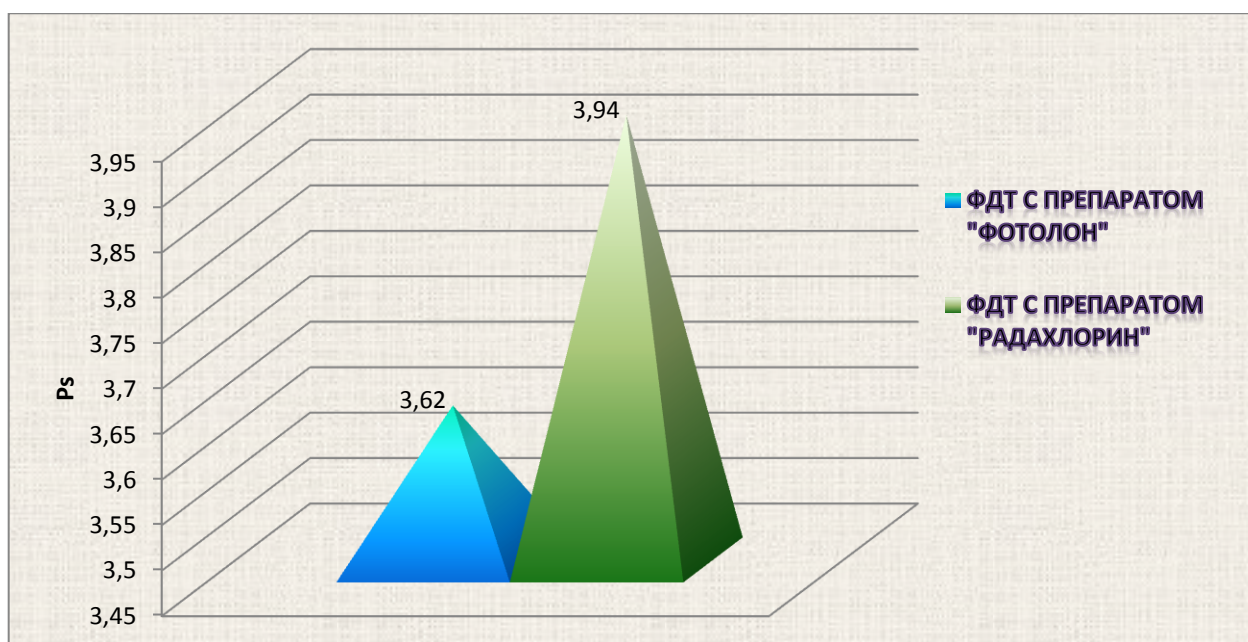


Рис. 11 - Результаты оценки конкурентоспособности медицинской услуги «*Фотодинамическая терапия (ФДТ)*»

Вывод. В результате оценки конкурентоспособности установлено, что в коммерческой реабилитационной клинике ООО «Добродел» медицинская услуга «Фотодинамическая терапия с применением препарата «Радахлорин»» является более конкурентоспособной медицинской услугой (сводный параметрический индекс равен 3,94), чем медицинская услуга «Фотодинамическая терапия с препаратом «Фотолон»» (сводный параметрический индекс равен 3,62). Фотодинамическая терапия препаратом «Радахлорин» обладает рядом преимуществ, таких, как: высокая эффективность, отсутствие побочного эффекта в виде боли, меньшее количество дополнительных лекарственных препаратов при применении, использование дополнительных инструментов и страна изготовитель. Но уступает по таким параметрам препарату «Фотолон», как: цена и количество препарата в ампуле.

2.1.4 Ситуационный анализ медикаментозного обеспечения ООО «Добродел» методом ABC- анализа

ABC-анализ - метод, позволяющий классифицировать ресурсы фирмы по степени их важности. В его основе лежит принцип оптимальности Парето - 20 % всех товаров дают 80 % оборота. По отношению к ABC-анализу правило Парето может прозвучать так: надёжный контроль 20 % позиций позволяет на 80 % контролировать систему, будь то запасы сырья и комплектующих, либо продуктовый ряд предприятия и т.п.

ABC-анализ — анализ товарных запасов путём деления на три категории:

А — наиболее ценные, 20 % — тов. запасов; 80 % — продаж;

В — промежуточные, 30 % — тов. запасов; 15 % — продаж;

С — наименее ценные, 50 % — тов. запасов; 5 % — продаж.

Для ABC-анализа были взяты все лекарственные препараты, использованные в клинике ООО «Добродел» за период с 01.01.2015 года по 31.12.2015 года .

Была посчитана общая стоимость лекарственных препаратов, использованных в клинике за 2015 год, сумма составила 9868074 руб., (см. таблицу.)

Результаты ABC-анализа

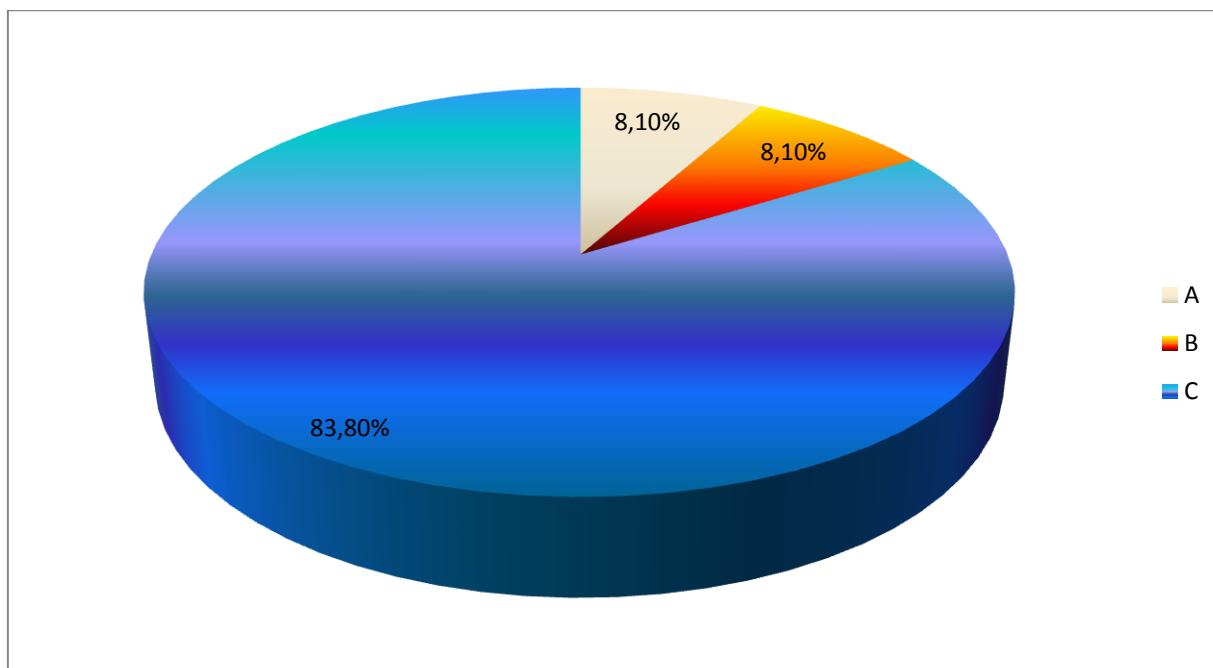


Рис.12 Распределение общего количества лекарственных препаратов по группам согласно правилу Парето

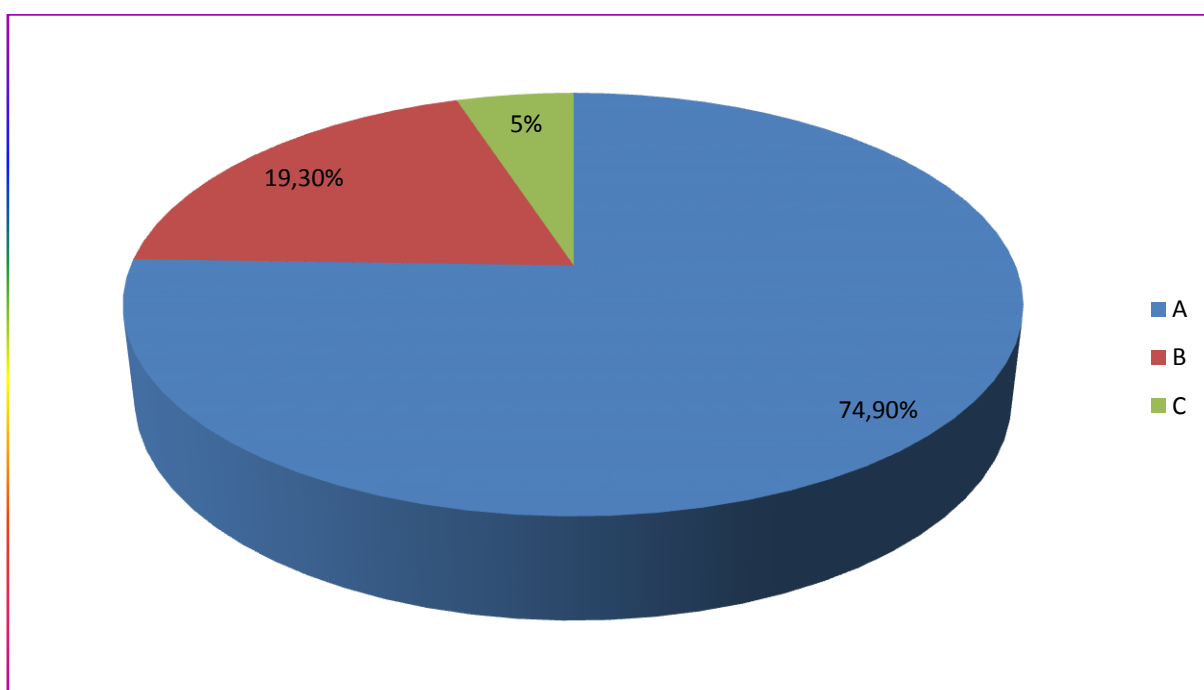


Рис. 13 – Распределение бюджетных средств, выделенных на закупку лекарственных препаратов.

Вывод. На основании данных по кумулятивному проценту расхода бюджета на лекарственные препараты были выделены группы А, В и С согласно Оптимальности по Парето. Основной объем средств группа А– 74,9 % от общего количества выделяемых средств на лекарственные

препараты был израсходован на закупку 3 препаратов, которые составляют $\approx 8,1\%$ от общего количества препаратов (Фотолон 100 мг, Пепидол N 10, Хлориниум N 14).

Препараты группы В составляют $\approx 8,1\%$ от общего количества, на данную группу препаратов было выделено $19,3\%$ от общей суммы средств, а на группу С соответственно было израсходовано $\approx 5\%$ от выделенного бюджета, что составляет $83,8\%$ от общего количества препаратов.

Табличные выражения медикаментозного обеспечения

ООО «Добродел» методом ABC

Таблица 15 - Расход медикаментов в ООО «Добродел» за период с 01.01.2015 года по 31.12.2015 года

№ п/п	Препарат	Форма выпуска	Цена за упаковк у, руб.	Израсходова но упаковок за изучаемый период, шт
1	2	3	4	6
1	Фотолон 100 мг	Фл.	14022	219
2	Пепидол N 10	Саше	1500	1480
3	Хлориниум N 14	Капс.	1000	2101
4	Хлорин 10 мг N 6	Суппоз.	600	2916
5	Реополиглюкин 10 % 200 мл	Фл.	113	1400
6	Кетонал 100 мг N 12	Суппоз.	258	481
7	Ципролет 200 мг 100 мл	Фл.	69	1983
8	Метрогил 5 мг/мл 100 мл	Фл.	28	1983
9	Гепарин 5000 ед/ мл 5 мл N 5	Амп.	346	141
10	Неотон 1г	Фл.	4596	9
11	Ремаксол 400 мл	Фл.	375	95
12	Гептрал 400 мг	Амп.	1604	9
13	Эссенциале форте Н 300 мг N 100	Таб.	1746	8
14	Лирика 300 мг N 14	Таб.	1055	12
15	Эриус 5 мг N 10	Таб.	581	21
16	Натрия Хлорид 0,9 % 200 мл	Фл.	32	301
17	Маннит 150 мг/мл 200 мл	Фл.	153	56
18	Фосфоглив N 50	Таб.	507	15
19	Амигренин 50 мг N 2	Таб.	220	31
20	Но-шпа 20мг/мл N 25	Амп.	475	14
21	Новокаин 2 % 5 мл N 10	Амп.	30	175

22	Аминокапроновая кислота 5 % 100 мл	Фл.	44	94
23	Кордиамин 250 мг/мл N 10	Амп.	347	11
24	Кальция-биглюконат 10 мл N 10	Амп.	299	11
25	Церукал 10 мг N 50	Таб.	129	21
26	Кетонал 100 мг N 10	Амп.	275	9
27	Тавегил 1 мг/мл N 5	Амп.	217	10
28	Супрастин 20 мг/ мл N 5	Амп.	138	12
29	Глюкоза 5 % 200 мл	Фл.	29	57
30	Кетонал 100 мг N 20	Таб.	191	8
31	Капотен 25 мг N 56	Таб.	244	6
32	Дексаметозон 4 мг/мл N 25	Амп.	199	5
33	Дицинон 250 мг N 100	Таб.	380	2
34	Диклофенак 75 мг 3мл N 5	Амп.	59	10
35	Норматенс N 20	Таб.	145	4
36	Магния сульфат 25 мг 10 мл N 10	Амп.	29	10
37	Эуфиллин 2,4 % 10 мл N 10	Амп.	39	5
38	Дексаметазон 0,5 мг N 10	Таб.	45	3
	Итого			9868074

Таблица 16 - Стоимость медикаментов в ООО «Добродел» за период с 01.01.2015 года по 31.12.2015 года

№ п/п	Препарат	Форм а выпу ска	Цена за упаков ку, руб.	Израсходо вано упаковок за изучаемы й период, шт	Общая стоимость, руб
1	2	3	4	6	7
1	Фотолон 100 мг	Фл.	14022	219	3070818
2	Пепидол N 10	Саше	1500	1480	2220000
3	Хлориниум N 14	Капс.	1000	2101	2101000
4	Хлорин 10 мг N 6	Суппоз	600	2916	1749600
5	Реополиглюкин 10 % 200 мл	Фл.	113	1400	158200
6	Кетонал 100 мг N 12	Суппоз	258	481	124098
7	Ципролет 200 мг 100 мл	Фл.	69	1983	136827
8	Метрогил 5 мг/мл 100 мл	Фл.	28	1983	55524
9	Гепарин 5000 ед/ мл 5 мл N 5	Амп.	346	141	48786
10	Неотон 1г	Фл.	4596	9	41364
11	Ремаксол 400 мл	Фл.	375	95	35625

12	Гептрал 400 мг	Амп.	1604	9	14436
13	Эссенциале форте Н 300 мг N 100	Таб.	1746	8	13968
14	Лирика 300 мг N 14	Таб.	1055	12	12660
15	Эриус 5 мг N 10	Таб.	581	21	12201
16	Натрия Хлорид 0,9 % 200 мл	Фл.	32	301	9632
17	Маннит 150 мг/мл 200 мл	Фл.	153	56	8568
18	Фосфоглив N 50	Таб.	507	15	7605
19	Амигренин 50 мг N 2	Таб.	220	31	6820
20	Но-шпа 20мг/мл N 25	Амп.	475	14	6650
21	Новокаин 2 % 5 мл N 10	Амп.	30	175	5250
22	Аминокaproновая кислота 5 % 100 мл	Фл.	44	94	4136
23	Кордиамин 250 мг/мл N 10	Амп.	347	11	3817
24	Кальция-биглюконат 10 мл N 10	Амп.	299	11	3289
25	Церукал 10 мг N 50	Таб.	129	21	2709
26	Кетонал 100 мг N 10	Амп.	275	9	2475
27	Тавегил 1 мг/мл N 5	Амп.	217	10	2170
28	Супрастин 20 мг/ мл N 5	Амп.	138	12	1656
29	Глюкоза 5 % 200 мл	Фл.	29	57	1653
30	Кетонал 100 мг N 20	Таб.	191	8	1528
31	Капотен 25 мг N 56	Таб.	244	6	1464
32	Дексаметозон 4 мг/мл N 25	Амп.	199	5	995
33	Дицинон 250 мг N 100	Таб.	380	2	760
34	Диклофенак 75 мг 3мл N 5	Амп.	59	10	590
35	Норматенс N 20	Таб.	145	4	580
36	Магния сульфат 25 мг 10 мл N 10	Амп.	29	10	290
37	Эуфиллин 2,4 % 10 мл N 10	Амп.	39	5	195
38	Дексаметазон 0,5 мг N 10	Таб.	45	3	135
	Итого				9868074

Таблица 17 – Распределение медикаментов в ООО «Добродел» за период с 01.01.2015 года по 31.12.2015 года по группам

№ п/п	Препарат	Общая Стоимость, <i>P_{об.}</i> ,руб.	Доля от общей стоимости <i>P</i> , %	Кумуляти вная стоимость <i>P_к</i> , %	Группа
1	2	3	4	5	6
1	Фотолон 100 мг	4374000	31,11871678	31,11871678	А
2	Пепидол N 10	3508818	22,49679117	53,61550795	А
3	Хлориниум N 14	2187000	21,29088209	74,90639004	А
4	Хлорин 10 мг N 6	134136	17,72990353	92,63629357	В
5	Реополиглукин 10 % 200 мл	94170	1,603149713	94,23944328	В

6	Кетонал 100 мг N 12	54432	1,257570626	95,49701391	В
7	Ципролет 200 мг 100 мл	48440	1,386562363	96,88357627	С
8	Метрогил 5 мг/мл 100 мл	14577	0,562662988	97,44623926	С
9	Гепарин 5000 ед/ мл 5 мл N 5	9280	0,494382186	97,94062144	С
10	Неотон 1г	6579	0,419169941	98,35979138	С
11	Ремаксол 400 мл	5250	0,361012696	98,72080408	С
12	Гептрал 400 мг	4596	0,146289945	98,86709402	С
13	Эссенциале форте Н 300 мг N 100	2170	0,141547378	99,0086414	С
14	Лирика 300 мг N 14	1925	0,128292512	99,13693391	С
15	Эриус 5 мг N 10	1746	0,123641148	99,26057506	С
16	Натрия Хлорид 0,9 % 200 мл	1653	0,097607699	99,35818276	С
17	Маннит 150 мг/мл 200 мл	1604	0,086825453	99,44500822	С
18	Фосфоглив N 50	1162	0,07706671	99,52207493	С
19	Амигренин 50 мг N 2	1055	0,069111764	99,59118669	С
20	Но-шпа 20мг/мл N 25	1014	0,067389037	99,65857573	С
21	Новокаин 2 % 5 мл N 10	950	0,053201871	99,7117776	С
22	Аминокaproновая кислота 5 % 100 мл	916	0,041912941	99,75369054	С
23	Кордиамин 250 мг/мл N 10	880	0,038680294	99,79237083	С
24	Кальция-биглюконат 10 мл N 10	828	0,033329705	99,82570054	С
25	Церукал 10 мг N 50	760	0,027452165	99,8531527	С
26	Кетонал 100 мг N 10	732	0,025080882	99,87823358	С
27	Тавегил 1 мг/мл N 5	694	0,021990107	99,90022369	С
28	Супрастин 20 мг/ мл N 5	590	0,01678139	99,91700508	С
29	Глюкоза 5 % 200 мл	583	0,016750989	99,93375607	С
30	Кетонал 100 мг N 20	580	0,015484278	99,94924035	С
31	Капотен 25 мг N 56	573	0,014835722	99,96407607	С
32	Дексаметазон 4 мг/мл N 25	516	0,010083021	99,97415909	С
33	Дицинон 250 мг N 100	491	0,007701604	99,9818607	С
34	Диклофенак 75 мг 3мл N 5	486	0,005978877	99,98783957	С
35	Норматенс N 20	403	0,00587754	99,99371711	С
36	Магния сульфат 25 мг 10 мл N 10	400	0,00293877	99,99665588	С
37	Эуфиллин 2,4 % 10 мл N 10	398	0,001976069	99,99863195	С
38	Дексаметазон 0,5 мг N 10	393	0,001368048	100	С
		$\Sigma P_{об.} =$ 9868074	100,0%		

2.2 Стратегическое и тактическое планирование

Стратегическое планирование (перспективные цели) - процесс формулирования миссии и целей предприятия, выбора специфических стратегий для определения и получения необходимых ресурсов и их распределения с целью обеспечения эффективной работы предприятия в будущем.

Вопросы стратегического и тактического планирования, а также формирования стратегии развития организации, сегодня очень актуальны. Неверно выбранная стратегическая политика, ошибки в определении миссии, просчёты в формировании маркетинговой стратегии могут привести к значительным убыткам.

Процесс стратегического планирования включает следующие основные этапы:

1. Формулирование миссии и целей предприятия.
2. Анализ внешней среды для достижения поставленных целей.
3. Анализ сильных и слабых сторон деятельности предприятия (метод SWOT-анализа).
4. Процесс выбора стратегии.
5. Оценка (контроль) стратегии.

Основные требования к формулированию целей:

1. Цели должны быть достижимыми.
2. Цели должны быть гибкими - оставлять возможность для изменения и корректировки.
3. Цели должны быть измеримы - они должны быть сформулированы так, что бы их можно было количественно измерить.
4. Цели должны быть конкретными - должны быть зафиксированы, определены сроки и методы их достижения.
5. Цели должны быть совместимыми - совместимость предполагает, что долгосрочные цели соответствуют миссии, а краткосрочные - долгосрочным.

6. Цели не должны противоречить друг другу и быть взаимно комплексно увязаны.

Стратегическое планирование представляет собой набор действий и решений руководства, которые ведут к разработке специфических стратегий, предназначенных для того, чтобы помочь организации достичь своих целей. Стратегические цели - основные направления деятельности организации, ведущие к выполнению ее миссии [4]. Основная цель стратегического плана заключается в том, чтобы определить, чего хочет добиться организация в перспективе, а тактическое планирование должно ответить на вопрос, как организация может достичь такого состояния. Тактическое планирование является средством реализации стратегических планов. Стратегическое планирование имеет смысл только тогда, когда оно реализуется при управлении организацией, когда организация стратегические и тактические действия увязывает со своими стратегическими планами и выделяет необходимое для их реализации ресурсное обеспечение.

Анализ микросреды (сильных и слабых сторон) учреждения позволяет установить, обладает ли организация внутренними силами, чтобы воспользоваться имеющимися возможностями, и какие внутренние слабости могут осложнить будущие проблемы, связанные с внешними опасностями. Матрица SWOT – анализа представляет собой удобный инструмент структурного описания стратегических характеристик.

Стратегическое и тактическое планирование необходимо провести для улучшения качества обслуживания пациентов, а также для привлечения и закрепления медицинских кадров на рабочих местах и восстановлению престижа профессии.

Стратегии:

1. Стратегия интегрированного роста
2. Стратегия конкуренции
3. Стратегия обратной вертикальной интеграции
4. Концентрация на сегменте (стратегия фокусирования)

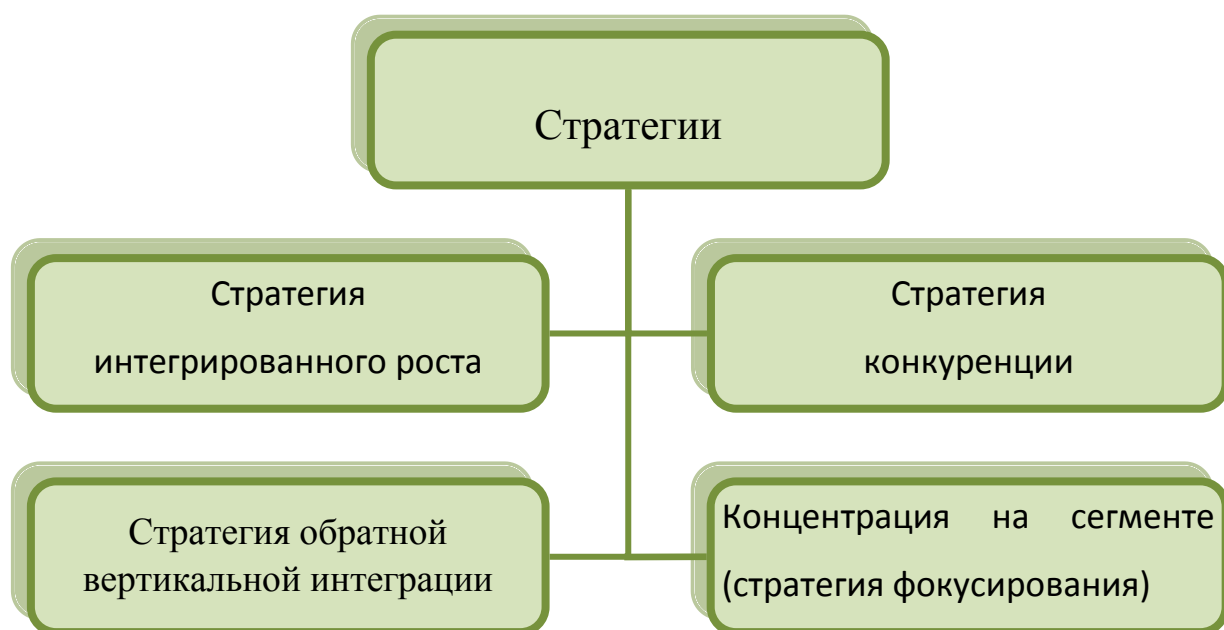


Рис. 14 – Графическое изображение стратегий

На основе выбранных стратегий разработан план тактических мероприятий для оптимизации деятельности организации.

Таблица 18 - План тактических мероприятий на ближайшее будущее

№ п/п	Мероприятия	Сроки выполнения	Исполнитель	Ответственный
1	2	3	4	5
1. Стабилизация кадровой ситуации с медицинским персоналом				
1.	Совершенствование оплаты труда с целью улучшения мотивации медработников с учётом специфики их работы, уровня знаний, умений и навыков, а также по результатам труда.	I полугодие 2017 года	Гл. бухгалтер	Генеральный директор
2.	Снижение нагрузки на медперсонал, путем привлечения дополнительных сотрудников.	II полугодие 2016 года	Генеральный директор	Генеральный директор

№ п/п	Мероприятия	Сроки выполнения	Исполнитель	Ответственный
1	2	3	4	5
3.	Улучшение социального пакета	I полугодие 2017 года	Главный бухгалтер	Генеральный директор
4.	Создание дополнительных механизмов по закреплению медицинских кадров на рабочих местах (предоставление служебного жилья, участие в ипотечном кредитовании и т.д.)	I полугодие 2018 года	Главный бухгалтер	Генеральный директор
5.	Создание комнаты психологической разгрузки с целью оздоровления персонала непосредственно на рабочем месте	II полугодие 2016 года	И.О. главной медсестры	Главный врач
2. Улучшение материально-технической базы клиники				
1	Улучшение оснащения рабочего места (закупка компьютеров и оргтехники)	II полугодие 2016 года- I полугодие 2017 года	Сотрудники АХЧ	Зам. генерального директора по АХЧ
2	Введение электронного документооборота медицинской документации для создания базы данных пациентов, ускорения процесса регистрации пациентов, оформления электронных требований на лекарственные препараты и расходные материалы.	II полугодие 2016 года- I полугодие 2017 года	Сотрудники АХЧ	Зам. генерального директора по АХЧ
3. Набор пациентов клиники				
1	Сотрудничество с онкологическими диспансерами, больницами и клиниками, а так же реабилитационными центрами.	I полугодие 2017 года	И.О. главной медсестры	Генеральный директор
4.Повышение профессионального уровня персонала				
1	Проведение семинаров и тренингов для медицинских сестер и врачей с целью	II полугодие 2016 года	И.О. главной медсестры	Зам. главного врача

№ п/п	Мероприятия	Сроки выполнения	Исполнитель	Ответственный
1	2	3	4	5
	создания условий для непрерывного образования.			
2	Составление планов повышения квалификации сестринского персонала.	II полугодие 2016 года	И.О. главной медсестры	Зам. главного врача
3	Проведение занятий и семинаров с младшим и средним медицинским персоналом для усовершенствования их знаний.	II полугодие 2016 года	Старшая медсестра	Зам. главного врача
4	Проведение занятий и семинаров с врачами для усовершенствования их знаний.	II полугодие 2016 года	Зам. главного врача	Главный врач
5	Проведение занятий с медицинскими работниками по снижению конфликтности в общении, этике, культуре общения и деонтологии.	II полугодие 2016 года	Зам. главного врача	Главный врач
6	Организация коллективных тренингов для развития системы сервиса.	II полугодие 2016 года	И.О. главной медсестры	Зам. главного врача
5.Проведение контроля качества оказываемых медицинских услуг				
1	Контроль деятельности медицинского персонала по медицинской помощи.	II полугодие 2016 года	Старшая медсестра	И.О. главной медсестры
2	Соблюдение стандартов практической деятельности медицинскими сестрами и порядка оказания доврачебной медицинской помощи	II полугодие 2016 года	Старшая медсестра	И.О. главной медсестры
	Соблюдение стандартов практической деятельности врачами и порядка оказания медицинской помощи	II полугодие 2016 года	Зам. главного врача	Главный врач
3	Проведение тестирования сотрудников на профессиональную	II полугодие 2016 года- I полугодие	И.О. главной медсестры	Главный врач

№ п/п	Мероприятия	Сроки выполнения	Исполнитель	Ответственный
1	2	3	4	5
	пригодность	2017 года		

На основе проведенных исследований были сформированы некоторые варианты развития клиники. Данные варианты представлены на рисунке 13.

- 1 Вариант - Оставить все как есть.
- 2 Вариант - Оставить все как есть, но произвести небольшую модернизацию.
 - Расширить помещение;
 - Нанять дополнительных медицинских работников;
- 3 Вариант – Выполнить модернизацию.
 - Закупка дополнительного оборудования;
 - Создать свою фармацевтическую лабораторию при клинике;
 - Привлечение ученых кадров;
 - Реклама клиники;
 - Создание зала ЛФК для пациентов с заболеваниями ОДА;
- 4 Вариант – Открытие филиала.
 - Открытие филиала в Санкт-Петербурге с инновациями;
 - Открытие филиала в Москве с инновациями;

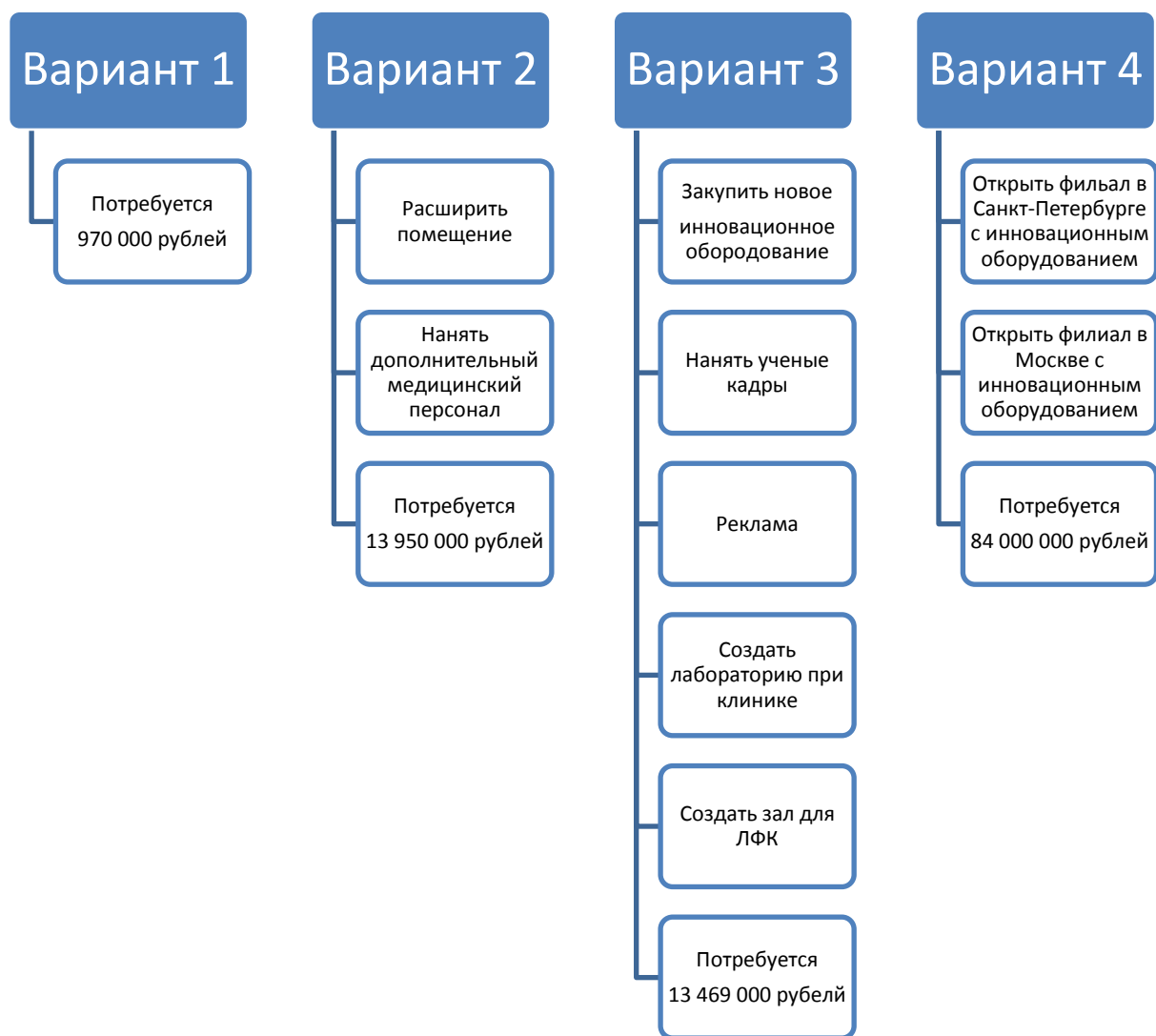


Рисунок 15 - Варианты развития клиники ООО «Добродел»

Приблизительно была произведена стоимостная оценка вариантов развития клиники. Результаты представлены в таблице 19.

Таблица 19 Варианты развития клиники ООО «Добродел»

№ п/п	Варианты развития клиники	Расход денежных средств на осуществление развития
1.	Оставить все как есть	970 000 рублей
2.	Оставить все как есть	13 950 0000 рублей
	Расширить помещение	12 000 000 рублей
	Нанять дополнительных медицинских работников (5 человек)	150 000 рублей в месяц 1 800 000 рублей год
3.	Перемены незначительные	13 469 000 рублей
	Закупка дополнительного оборудования	2 500 000 рублей
	Создать свою фармацевтическую лабораторию при клинике	8 000 000 рублей
	Привлечение специалистов с ученой степенью (2 человека)	140 000 рублей в месяц 1 680 000 рублей в год
	Реклама клиники	• На телевидении 775 000 рублей за 324 ролика • В сети интернет 21 000 рублей сутки • Стоимость размещения рекламы на 4-7 полосах газеты «Комсомольская правда. Москва» Ежедневный выпуск (пн., вт., ср., чт., пт.) 399000 рублей • Реклама в газете "Вестник ЗОЖ" 1/2 п. - 413.000 рублей
	Создание зала ЛФК для пациентов с заболеваниями ОДА	80 000 рублей

3.	Значительные перемены	84 000 000 рублей
	Открытие филиала в Санкт-Петербурге, как в Москве или с инновациями	35 000 000 рублей помещение с ремонтом 2 500 000 рублей оснащение
	Открытие филиала в Москве с инновациями	44 000 000 рублей помещение с ремонтом 2 500 000 оснащение оборудованием

2.3 Принятие решений по управленческому решению в условиях неопределенности

Задача принятия решений в условиях нестохастической неопределенности возникает тогда, когда у лица принимающего решение (ЛПР) о некоторых факторах отсутствует информация вообще или ЛПР располагает информацией лишь о диапазонах возможных значений этих факторов. Неопределенности такого рода рассматриваются как «природные» т.е. вызванные недостаточной изученностью природы явления[12].

Основным принципом лежащим в основе решения задач данного типа является принцип гарантированного результата. При этом в зависимости от информации об отношении ЛПР к риску нестохастической природы гарантированный результат понимается по - разному.

Характер отношения ЛПР к риску

В работах [12,13,15] показано, что ранее разработанные классические критерии выбора: Вальда, Сэвиджа, Гурвица, Бернулли применимы только для решения задач принятия решений в условиях стохастической неопределенности. При этом слово «риск» традиционно связывалось с неопределенностью только стохастического характера. Применение указанных критериев выбора для решения задач принятия решений в условиях природной неопределенности затруднено. Это связано с тем, что указанные критерии выбора не в полном объеме (достаточно скромно) отражают все многообразие психофизических характеристик личности ЛПР,

а описания этих критериев практически не содержат рекомендаций по сопоставлению того или иного критерия соответствующему типу личности ЛПР [12].

В работах [13,14] понятие «риска» было определено как плата за возможность получения наиболее благоприятного исхода в операции, а в качестве наказания за принятия рискованного решения для ЛПР выступает угроза для него получить неблагоприятный исход.

В соответствии с таким определением «риск» можно оценивать, например, величиной разности между наиболее и наименее предпочтительными результатами для каждой из возможных стратегий или величиной разности между текущими результатами и уровнем притязаний. Под уровнем притязаний здесь и далее будем понимать любой результат, достижение которого отождествляется в сознании ЛПР с конечным успехом. Например, уровень притязаний люди часто расценивают как самый лучший результат из возможных при данных обстоятельствах, как некоторый вполне конкретный результат между худшим и лучшим при данных обстоятельствах или даже - любой не самый худший.

Применительно к задачам принятия решений в условиях неопределенности будем определять тип личности ЛПР по его отношению к степени возможности различных благоприятных и неблагоприятных исходов. Тогда с учетом этого можно ввести следующие характеристики отношения ЛПР к нестохастическому риску:

«несклонный к риску» - это ЛПР, которое *"боится много проиграть"*, и поэтому при оценке возможных стратегий в первую очередь обращает внимание на величины связанных с ними наихудших результатов;

«склонный к риску» - это ЛПР, которое *"боится мало выиграть"* и поэтому при оценке возможных стратегий в первую очередь обращает внимание или на величины связанных с ними наилучших результатов, или на величины "сожалений", вычисляемых для каждой возможной ситуации как разность между наилучшим при данном состоянии природы результатом и

всеми текущими для него;

«безразличный к риску» - это ЛПР, которое придает одинаковый вес как наилучшим, так и наихудшим результатам, учитывая возможные промежуточные результаты.

Тогда с учетом сказанного окажется, что:

- * критерием Вальда руководствуется ЛПР, абсолютно несклонное к риску и являющееся крайним пессимистом;

- * критерием Сэвиджа - ЛПР, склонное к риску, являющееся "крайним пессимистом";

- * критерием Гурвица - ЛПР, безразличное к риску, являющееся либо пессимистом, либо оптимистом;

- * критерием Лапласа-Бернулли руководствуется ЛПР, не склонное к риску и являющееся реалистом.

Критерии выбора управленческого решения

Рассмотрим основные критерии выбора управленческих решений в условиях природной неопределенности.

1). ЛПР при выборе решения абсолютно не приемлет риск (абсолютно не склонен к риску), то оно всегда предпочитает ориентироваться на самые неблагоприятные значения состояний s природы.

Наилучшей стратегией будет та, которая обеспечивает наибольший из гарантированных результатов для всех возможных стратегий.

Таким образом, ЛПР абсолютно не склонный к риску при выборе наилучшей стратегии руководствуется максиминным критерием Вальда, который

$$a^* : \max \min y(a,s)$$

a s

Максиминный критерий ориентирован на наихудшие значения неопределенного фактора и в этом смысле является чрезвычайно консервативным. Поэтому его следует применять в тех случаях, когда

неуспех операции крайне нежелателен независимо от того, какими могут быть другие (благоприятные) исходы операции.

2). Если для ЛПР не безразлична величина возможного выигрыша (то есть оно боится мало выиграть), то при выборе наилучшей стратегии ЛПР должен руководствоваться критерием минимаксного сожаления – критерием Сэвиджа, имеющий вид:

$$\max_s \{ \Delta Y(a,s) = \{ \max_a y(a,s) - y(a,s) \} \}$$

Этим критерием обычно руководствуется ЛПР, склонное к риску.

Одним из существенных недостатков принципа Сэвиджа является то, что добавление новой, заведомо неоптимальной стратегии может сделать неоптимальной полученную ранее оптимальную стратегию.

3). Если ЛПР боится не только мало выиграть, но и много проиграть, то его отношение к риску можно характеризовать как некоторый баланс между наилучшим и наихудшим для данной стратегии результатами.

Критерием выбора, учитывающий это обстоятельство и измеряющий два полярных исхода, как некоторую их линейную комбинацию, является критерий линейной свертки - критерий Гурвица:

$$a^* : \max_a \{ \gamma \cdot \min_s y(a,s) + (1-\gamma) \cdot \max_s y(a,s) \}$$

Согласно этому критерию лучшей следует считать ту стратегию, которая приводит к наибольшему значению линейной свертки наихудшего и наилучшего для каждой стратегии результата

причем, коэффициент γ (значение этого коэффициента выбирается из интервала $[0,1]$) называется коэффициентом оптимизма- пессимизма.

$$\gamma = 0,75$$

Анализ результатов показывает, что если $\gamma=0$, то модель выбора отражает предпочтения ЛПР, руководствующееся правилом Сэвиджа т.е. "в

ходе операции все сложится самым удачным образом" (крайний оптимист); если $\gamma=1$, то критерий Гурвица вырождается в максиминный критерий Вальда и моделирует крайне пессимистичное отношение ЛПР к возможным условиям проведения операции.

4). В отличие от рассмотренных выше критериев выбора Сэвиджа и Гурвица, основанных на принципе гарантированного результата, можно построить критерий выбора с использованием принципа рандомизации состояний природы. Принцип рандомизации означает искусственное введение случайности для оценки степени неопределенности нестационарного механизма ситуации. В этом случае если для ЛПР нет никаких оснований считать какие-либо состояния природы более возможными по отношению к другим, то их следует полагать равновероятными. Тогда, положив в основу предпочтения ЛПР принцип наибольшего результата получаем следующий критерий выбора – критерий безразличия – критерий Бернулли:

$$a^*: \max (1/n) \sum y(a,s)$$

На основе ретроспективных данных годовой отчетности ООО «Добродел» за 2011-2015 года, были сформированы некоторые возможные стратегии развития клиники. В связи с тем, что в 2015 году было получено максимум прибыли и клиника работала в пиковые месяцы на пределе своей пропускной способности можно взять количество пациентов за 100%.

Исходя из годовой прибыли равной 149064500 можно сделать вывод, что в среднем один человек тратит на лечение в клинике около 92 300 руб. Зная это, можно сформировать матрицу прибыли в зависимости от выбранной стратегии. Исходя из рисков были оценены ситуации, когда прибыль может составить до 50% от максимальной пропускной способности клиники.

Таблица 20 Матрица прибыли в зависимости от выбранной стратегии

Вариант стратегии	Максимальное кол-во человек	50%	60%	70%	80%	90%	100%
1	1615	74532250	89438700	104345150	119251600	134158050	149064500
2	2100	96915000	116298000	135681000	155064000	174447000	193830000
3	2423	111821450	134185740	156550030	178914320	201278610	223642900
4	3230	149064500	178877400	208690300	238503200	268316100	298129000

Вывод. Используя критерии принятия решения мы получили следующее:

По критерию Вальда оптимальней всего выбрать стратегию 4. В то время как по критерию Сэвиджа оптимальней всего будет выбрать стратегию 1. Критерий Гурвица и Лапласа-Бернулли предлагают выбрать стратегию 4.

Исходя из вышесказанного ЛПР сможет выбрать стратегию в зависимости от типа личности и его отношения к степени возможности различных благоприятных и неблагоприятных исходов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного маркетингового исследования медицинских услуг, оказываемых в коммерческой реабилитационной клинике ООО «Добродел» были сделаны следующие выводы по задачам исследования:

1. Маркетинг применительно к медицинской сфере - это комплексный процесс планирования, экономического обоснования и управления производством медицинских услуг, ценовой политики в области лечебно-диагностического процесса и профилактических мероприятий, продвижения услуг и товаров медицинского назначения к потребителям, а также управление процессом их реализации.

С помощью маркетингового исследования можно овладеть необходимой информацией о том, какие социально-медицинские услуги и почему хотят получить пациенты, сколько они готовы заплатить за них, где наиболее высокий спрос на конкретные социально-медицинские услуги, каким образом добиться более высокого объема и качества оказываемых услуг, получать более высокие доходы в отличие от конкурентов, возможность спланировать свою деятельность не только на ближайшее время, но и на перспективу.

2. В исследуемой клинике были выявлены сильные и слабые стороны, возможности и угрозы посредством SWOT анализа

Сильные стороны

- Наличие лицензии на осуществление медицинской деятельности учреждения.
- Достаточное материально-техническое оснащение отделения.
- Эксклюзивная методика лечения, не имеющая аналогов.
- Растущее с каждым годом число посещений клиники.
- Высокий % обратившегося населения трудоспособного возраста.

Возможности

- Открытие филиалов.
- Увеличение среднедневного приёма пациентов.
- Закупка новейшего оборудования.

Слабые стороны

- Заработная плата сильно зависит от количества пациентов.
- Слабый социальный пакет.

Угрозы

- Текучесть медперсонала.
- Высокая заработная плата у конкурентов.
- Увеличение количества конкурентов.

3. При вычислении сводного параметрического индекса было выявлено, что сильные стороны ($P_s = 4,91$) преобладают над слабыми сторонами ($P_s = -2,33$), а возможности ($P_s = 4,95$) над угрозами ($P_s = -2,43$).

4. В ходе сегментирования рынка сложным многофакторным фасетным методом выявлено 38 целевых сегментов рынка медицинской услуги «фотодинамическая терапия», оказываемой в коммерческой реабилитационной клинике ООО «Добродел».

Целевой сегмент рынка медицинской услуги «фотодинамическая терапия», оказываемой в коммерческой реабилитационной клинике ООО «Добродел» – мужчины и женщины в возрасте от 18 до 80 лет и старше со следующими заболеваниями: злокачественное новообразование головного мозга, злокачественное новообразование молочной железы (только женщины), злокачественное новообразование предстательной железы (только мужчины), злокачественное новообразование легких, злокачественное новообразование желудочно-кишечного тракта.

5. В результате оценки конкурентоспособности установлено, что в коммерческой реабилитационной клинике ООО «Добродел» медицинская услуга «Фотодинамическая терапия с применением препарата «Радахлорин»» является более конкурентоспособной медицинской услугой (сводный

параметрический индекс равен 3,94), чем медицинская услуга «Фотодинамическая терапия с препаратом «Фотолон»» (сводный параметрический индекс равен 3,62). Фотодинамическая терапия препаратом «Радахлорин» обладает рядом преимуществ, таких, как: высокая эффективность, отсутствие побочного эффекта в виде боли, меньшее количество дополнительных лекарственных препаратов при применении, использование дополнительных инструментов и страна изготовитель. Но уступает по таким параметрам препарату «Фотолон», как: цена и количество препарата в ампуле.

6. На основании данных по кумулятивному проценту расхода бюджета на лекарственные препараты были выделены группы А, В и С согласно Оптимальности по Парето. Основной объем средств группа А – 74,9 % от общего количества выделяемых средств на лекарственные препараты был израсходован на закупку 3 препаратов, которые составляют $\approx 8,1$ % от общего количества препаратов (Фотолон 100 мг, Пепидол N 10, Хлориниум N 14). Препараты группы В составляют $\approx 8,1\%$ от общего количества, на данную группу препаратов было выделено 19,3 % от общей суммы средств, а на группу С соответственно было израсходовано $\approx 5\%$ от выделенного бюджета, что составляет 83,8 % от общего количества препаратов.

7. Были выбраны следующие стратегии развития клиники:

- Стратегия интегрированного роста
- Стратегия конкуренции
- Стратегия обратной вертикальной интеграции
- Концентрация на сегменте (стратегия фокусирования)

На основе выбранных стратегий был разработан план тактических мероприятий для оптимизации деятельности исследуемой клиники.

8. Были сформированы некоторые варианты развития клиники.

- 1 Вариант - Оставить все как есть.

➤ 2 Вариант - Оставить все как есть, но произвести небольшую модернизацию.

- Расширить помещение;
- Нанять дополнительных медицинских работников;

➤ 3 Вариант – Выполнить модернизацию.

- Закупка дополнительного оборудования;
- Создать свою фармацевтическую лабораторию при клинике;
- Привлечение ученых кадров;
- Реклама клиники;
- Создание зала ЛФК для пациентов с заболеваниями ОДА;

➤ 4 Вариант – Открытие филиала.

- Открытие филиала в Санкт-Петербурге с инновациями;
- Открытие филиала в Москве с инновациями;

9. Используя критерии принятия решения в условиях неопределенности были проанализированы выбранные варианты развития клиники исходя из типа личности ЛПР.

По критерию Вальда оптимальней всего выбрать стратегию 4. В то время как по критерию Сэвиджа оптимальней всего будет выбрать стратегию 1. Критерий Гурвица и Лапласа-Бернулли предлагают выбрать стратегию 4.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Астафьева Н.Г., Абызова Н.В., Белянко Н.Е. Медицинский маркетинг. Саратов 2000-29 с.
2. Васнецова О.А. Маркетинг в фармации. М.: Книжный мир, 1999. - 334 с.
3. Васнецова О.А. Маркетинговые исследования в здравоохранении. // авторская академия товарищество научных изданий.-2008.- № 1.- С. 12-23.]
4. Вялков А.И., Хальфин Р.А., Разумов А.Н., Ткаченко С.Б. Деловой план медицинской организации как механизм стратегического клинического управления // Экономист лечебного учреждения. - 2008. - № 2. -С.34 - 48.
5. Генина Э.А. Методы биофотоники: Фототерапия. – Саратов: Новый ветер, 2012. – с 75-80
6. Камынина Н.Н. и др. Менеджмент и лидерство: учеб. Для студентов учреждений высш. проф. образования / Н.Н Камынина, И.В. Островская, А.В. Пьяных и др. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. -528 с.
7. К вопросу понимания маркетинговой сущности образования в рамках современного менеджмента // Сб. "Теории развития менеджмента: научные школы, инноватика и перспективы в информационно - педагогическом пространстве", (Материалы международной научно-практической конференции 1-3 октября 2001 г. - В. 1. - Ростов-на-Дону: РГПУ, 2001. - С. 152-155
- 8.Котлер Ф. Основы маркетинга: пер.с англ. - 2-е Европ. Изд. М.; СПб, К.: Издательский дом «Вильяме», 2002. -С. 628.
- 9.Орлов А.И. Теория принятия решений. Учебное пособие. - М.: Издательство "Март", 2004.- С. 656.
- 10.Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 13.07.2015, с изм. от 30.09.2015) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 24.07.2015),
- 11.Положение об оплате медицинской помощи (приказ Комитета по здравоохранению от 31.07.2003 № 178-п

12. Балдин К. В.. Риск-менеджмент: Учебное пособие. — М.: Эксмо. — 368 с. — (Риск-менеджмент)., 2006
13. Таха Х.А.. Введение в исследование операций. - М.: Издательский дом «Вильямс». - 912с. – 2005
14. Афоничкин А.И., Михаленко Д.Г. - Управленческие решения в экономических системах. 2009.
15. Вентцель Е.С. Исследование операций. М., «Советское радио», 1972, 552 стр.