

выявлено, что среди респондентов выраженные интроверты составили 7,3%, интроверты – 59%, экстраверты – 10%. Норма наблюдалась в 23 случаях.

Анализируя такой показатель, как нейротизм, характеризующий нервно-психические процессы, имеем следующую картину. Средний уровень нейротизма характерен для 63,7% респондентов, высокий уровень – 26,7%, низкий уровень – 9,6%.

По данным нашего исследования, почти 80% врачей имеют различной степени выраженности признаки синдрома выгорания; 7,8% – резко выраженный синдром, ведущий к психосоматическим и психовегетативным нарушениям.

Среди медицинских сестер признаки СЭВ обнаруживаются у 62,9% опрошенных. Фаза резистенции доминирует в картине синдрома у 55,9%; выраженная фаза "истощения" определяется у 8,8% респондентов.

Около 80% респондентов нуждаются в психологической помощи, т.е. имеют выраженную одну или несколько фаз эмоционального выгорания.

Среди врачей общей практики обнаруживается высокий уровень тревоги – в 41 % случаев, клинически выраженная депрессия – в 26 % случаев. Треть врачей использует медикаментозные средства для коррекции эмоционального напряжения, количество употребляемого алкоголя превышает средний уровень. Так, по нашим данным, на употребление алкоголя указывают 83,19 % опрошенных врачей, 81,2 % средних медицинских работников, 76,24 % студентов-медиков (при этом 42,52 % студентов употребляют слабо алкогольные напитки (пиво, алкогольные коктейли) более 1 раза в неделю).

Таким образом, несмотря на достаточно большое количество исследований по проблеме симптома эмоционального выгорания, эта тема остается актуальной для профессий «коммуникативного» характера. Этим можно объяснить большой процент лиц с высоким уровнем нейротизма, высоким уровнем выгорания, обнаруженный нами в обследуемой группе, что свидетельствует о наличии высокого риска снижения качества здоровья и субъективного благополучия, опосредованного профессиональными стрессами в ситуациях служебного общения.

## **МАРКЕТИНГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

*Назарук Е.А., 2 к., 6 гр., ЛФ*

*Кафедра гуманитарных наук*

*Научный руководитель – старший преподаватель Рындова О.Н.*

Маркетинг в здравоохранении – комплексная система мер по организации управления хозрасчетной деятельностью учреждений, основанной на изучении и формировании спроса на медицинские услуги, строго направленном расходовании ресурсов с целью максимального удовлетворения потребностей населения в медицинской

помощи и укрепления здоровья.

Применение маркетинга в здравоохранении способствует оптимизации деятельности медицинских учреждений в том смысле, что это помогает учреждениям здравоохранения наиболее рационально планировать свою деятельность. Маркетинг даёт возможность прогнозировать товарооборот и изучать потребности рынка медицинских услуг. К тому же, практическое использование маркетинговых исследований позволяет определить, какие услуги найдут спрос у потребителя, сколько потребитель готов за это заплатить и готов ли он платить вообще.

Отметим здесь, что предмет изучения в маркетинге – это деятельность человека, направленная на удовлетворение нужд и потребностей посредством обмена. Объектом же исследования являются учреждения, организации или фирмы, предоставляющие медицинские услуги.

Особенностью маркетинга в здравоохранении является то, что учреждения здравоохранения предоставляют специфические услуги – медицинские. Медицинская услуга определяется как мероприятие или комплекс мероприятий, проводимых при заболеваниях или при непосредственной угрозе их развития, направленных на предупреждение заболевания и восстановление здоровья, имеющих самостоятельное, законченное значение и определенную стоимость [4, с.244]. Медицинские услуги проходят все стадии жизненного цикла товара. К ним относятся следующие:

1. Стадия внедрения, т.е. новая медицинская услуга всегда требует доказательств своей эффективности и безопасности.

2. Стадия роста, когда новая эффективная медицинская услуга начинает внедряться в лечебных учреждениях и постепенно увеличивается потребность населения в этой услуге.

3. Стадия зрелости, характеризующаяся тем, что медицинская услуга хорошо известна и широко распространена, а на рынке появляются новые, более эффективные, но в то же время и более дорогие.

4. Стадия спада, когда медицинская услуга постепенно вытесняется новыми и перестает быть востребована [1, с.277].

Медицинская услуга, как и любой другой товар, обладает стоимостью, денежным выражением, которой является цена. В экономике здравоохранения используется два метода образования цен: по издержкам и по аналогии. Конечная цена изделия не зависит от метода ее образования. Однако ценообразование по издержкам кажется более точным и предпочтительным. Оно основано на реальных затратах, в которые входят заработная плата, обязательные отчисления в государственный бюджет, плата за аренду, накладные расходы. Ценообразование же по аналогии учитывает только цены конкурентов. Фактически цены на услуги состоят из двух основных элементов: себестоимости и прибыли [2, 261]. Экономисты склонны вести политику ценообразования по издержкам. Менеджеры – по аналогии. А, поскольку, в прибыль и цену конкурентов заложены все четыре вышеперечисленных показателя, то в итоге рыночная цена, полученная

двумя равными методами, будет почти совпадать.

На практике для медицинских услуг применяются разные виды цен. Так, монопольная цена устанавливается производителем произвольно при проведении маркетинговой стратегии высоких цен. Розничная цена, т.е. цена, по которой ведется продажа единичными экземплярами, основана на сумме издержек производства, прибыли производственных и сбытовых организаций и налога на добавленную стоимость. Рыночная цена – это цена купли-продажи на данном конкретном рынке. Она практически аналогична розничной. Скользящая цена непосредственно увязывается с курсом валют и устанавливается в зависимости от определенных условий. Она нередко равна рыночной на конкретную дату. Твёрдая цена оговаривается в договоре купли-продажи и не подлежит изменению.

Чрезвычайно важным направлением маркетинговой деятельности в здравоохранении является изучение потребности населения в медицинской помощи. Потребность людей в здоровье, а, следовательно, в медицинских услугах высока. Однако важно отметить, что для подавляющей доли граждан она не является каждодневной, осознанной и экономически обусловленной. Здоровье часто понимается лишь как отсутствие болезни, а в ряде случаев просто как работоспособность. Следовательно, имеется потребность в медицинских услугах с целью восстановления утраченного здоровья, но не с целью его поддержания и укрепления [4, с.343]. Это приводит к поздней обращаемости за медицинской помощью, появлению запущенных случаев заболеваний, что увеличивает материальные затраты на лечение и выплаты, связанные с временной и стойкой утратой трудоспособности. Однако эффективная маркетинговая деятельность по формированию потребности населения в здоровье может в значительной степени снизить такие издержки. Такая работа должна осуществляться как в рамках санитарного просвещения, так и в виде рекламы в средствах массовой информации за счёт поиска так называемых информационных спонсоров или PR-акций.

В Республике Беларусь – государственный тип системы здравоохранения. Подавляющее большинство учреждений здравоохранения принадлежит государству, финансируется за счет бюджетных средств, имеет централизованную структуру управленческой и организационной иерархии. Основными целями здравоохранения является осуществление реальной деятельности в отношении профилактики заболеваний медицинскими мерами, лечение больных с конкретной патологией, информирование органов управления по современным проблемам здоровья и медицинского обеспечения населения.

Обобщая всё вышеизложенное, отметим, что медицинская услуга – это совокупность необходимых, достаточных, добросовестных, целесообразных, профессиональных действий медицинского работника (исполнителя, производителя услуг). Она всегда направлена на удовлетворение потребностей пациента (заказчика, потребителя, услуг). При этом маркетинговые исследования в здравоохранении показывают, что определить действительную потребность населения в стационарной медицинской помощи, представляется чрезвычайно

сложным. К тому же, отдельной проблемой является и установление цен на платные медицинские услуги в государственных и частных лечебно-профилактических учреждениях.

Гражданам Республики Беларусь гарантировано Конституцией право на бесплатную медицинскую помощь в государственных учреждениях здравоохранения. Медицинские услуги (процедуры, исследования), которые показаны конкретному пациенту с конкретной патологией, не должны осуществляться за плату. Не входя в противоречие с Основным Законом, платно могут осуществляться только услуги, не являющиеся жизненно необходимыми, имеющие бесплатную альтернативу или выполняемые по желанию пациента. То есть, человек не должен оказаться в ситуации, когда невозможность приобрести медицинскую услугу приведёт к ухудшению качества диагностики или лечения.

Список литературы:

1. Арасланов, Т.Н. Маркетинг услуг: уточнение некоторых понятий с экономической точки зрения / Т.Н. Арасланов – М.: ЭКСМО, 2004. – 677 с.
2. Голубков, Е.К. О некоторых понятиях и терминологии маркетинга / Е.К. Голубков.– М.: Юридическая литература, 2003. – 345 с.
3. Дорошенко, Г.В. Маркетинг в здравоохранении / Г.В.Дорошенко – М.: Форум-Инфра, 2005. – 297 с.
4. Макарова, В.Д. Маркетинг услуг / В.Д.Макарова – М.: Финансы и статистика, 1996. – 434 с.

## **ВОССТАНОВЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ГРОДНЕНЩИНЕ В 1944-1945 ГГ.**

*УО «ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»*

*Ложко П.П., 3 к., 15 гр., ЛФ*

*Кафедра гуманитарных наук*

*Научный руководитель – к.и.н., преподаватель Сильванович С.А.*

На протяжении июня 1941 – июля 1944 г. территория Беларуси была оккупирована фашистской Германией. В период оккупации проводилось целенаправленное экономическое разрушение и разграбление Беларуси. Население городов, переполняя сохранившиеся дома, жило в необычайной тесноте и грязи. В г.Гродно водопровод и канализация не действовали. К моменту освобождения Беларуси сохранилось 25,6 % жилого фонда. Были лишены крова около 3 млн. человек. В развалинах, подвалах и землянках размещалось более 100 тыс. семейств. Принудительный и изнурительный труд, тяжелое положение с продовольствием, особенно в городах, (продовольственный паек был незначительным – 200-300 г хлеба в день и выдавался рабочим с большими перебоями), в совокупности с тяжелыми условиями жизни способствовали росту заболеваемости и смертности среди населения. В 1944-1945 гг. по указанию Наркомздрава Беларуси, с целью определения санитарных последствий фашистской оккупации,