



Экономические аспекты использования маркетингового подхода в здравоохранении

Введение

Тенденции развития системы здравоохранения в Российской Федерации в сопоставлении с системами здравоохранения западноевропейских государств, в которых используются сходные принципы финансирования, убедительно свидетельствуют, что стратегическое маркетинговое планирование наиболее активно развивается в период реформирования отрасли с целью проанализировать спрос и предложение на

медицинские услуги, оптимизировать затраты лечебных учреждений, повысить их конкурентоспособность.

Маркетинговые системы здравоохранения, опирающиеся на объективные экономические законы, характерны для определенных сегментов рынка. Сегментирование рынка медицинских услуг позволяет предоставить медицинскую помощь (удовлетворить конкретный спрос) и с учетом ин-

дивидуальности пациента, и с учетом массового потребления медицинских услуг. Поскольку и маркетинг, и экономика в целом являются многопараметрическими системами, перспективно применение многофакторного статистического анализа. Территориальная сегментация рынка здравоохранения зависит от структуры заболеваемости населения данного региона. Изменения социально-экономических условий жизни в Российской Федерации в начале 1990-х гг. повлекли за собой ухудшение демографической ситуации и здоровья населения.

Травматические повреждения рассматриваются как самая опасная эпидемия XX столетия и международная проблема, что обусловлено ростом терроризма и стихийными бедствиями. Исходя из числа жертв и затрат, связанных с лечением больных травматологического профиля, травматизм назван самой серьезной

Кривенко Наталья Васильевна — заместитель главного врача по экономике МУ «Центральная городская клиническая больница № 23», к.э.н.

Кузнецова Наталия Львовна — заместитель главного врача по науке МУ «Центральная городская клиническая больница № 23», д.м.н., профессор.

и продолжительной войной современного мира. На протяжении 90-х гг. XX в. в России актуальность этой проблемы росла, что связано с криминогенностью и урбанизацией общества на фоне экономической нестабильности государства. Травмы уносят жизни людей наиболее молодого трудоспособного возраста. Так, в возрастной группе от 1 года до 45 лет смертность от них стоит на первом месте в общей структуре, составляя 52%.

Инвалидность от травм в России занимает третье место, при этом отмечен ежегодный прирост ее на 10%; лица моложе 45 лет среди таких инвалидов составляют 50%. Ежегодно травмы и отравления получают 12 млн россиян. Вероятность смерти от неестественных причин в РФ составляет в течение жизни 9,5%, что вдвое выше, чем в США и Японии, и втрое — чем в Англии. Удельный вес предотвратимых случаев смерти в классе травм и отравлений достигает огромных значений: смертность населения нашей страны в возрасте 45–54 лет превышает аналогичные показатели в Великобритании в 55,7 раза у мужчин и 36,7 раза у женщин; 55–64 лет — в 49,1 и 41,3 раза; 25–34 лет — в 36,4 и 21,1 раза; 35–44 лет — в 33,2 и 28,7 раза и 15–24 лет — в 17,9 и 12,0 раз соответственно (1).

Собственные исследования

За последние пять лет количество травм и отравлений на территории Свердловской области увеличилось. Наиболее высокие показатели распространенности травм и отравлений наблюдаются в таких промышленных центрах области, как Екатеринбург, Асбест, Каменск-Уральский, Нижний Тагил, Первоуральск. Нами выполнено исследование в крупном индустриальном центре Свердловской области, г. Екатеринбурге, численность населения которого достигает 1346 тыс. человек. Город разделен на 7 административных районов. Система здравоохранения Екатеринбурга

располагает центрами специализированной травматологической помощи, работающими на городском, областном, региональном и межрегиональном уровнях.

В процессе исследования были использованы статистический, аналитический, социологический методы и метод регрессионного анализа.

В частности применялись следующие виды аналитического метода:

- внешний анализ — для характеристики распространенности отдельных видов травматизма по административным районам;
- внутренний анализ — при расчете эффективности профилактической системы;
- комплексный анализ позволил определить положительные и отрицательные стороны организации профилактической помощи населению и возможности профилактики травматизма при использовании межсекторального подхода.

Исходя из числа жертв и затрат, травматизм назван самой серьезной и продолжительной войной современного мира.

Для изучения причинно-следственных закономерностей возникновения травм и структуры различных видов травматизма в г. Екатеринбурге нами проведено статистическое исследование, при этом выделены факториальные (причинные) и результативные (следственные) признаки. Для выявления влияния факторов риска на уровень травматизма нами проведен их мониторинг.

В ходе исследования было установлено, что имеются существенные различия в распространенности травматизма между административными районами города, что связано с экономическими, промышленными и социальными особенностями их развития. Для выявления и оцен-

ки факторов риска травматизма нами проведено анонимное анкетирование пациентов травматологических отделений на базе Межрегионального травматологического центра Уральского отделения РАЕН, организованного в многопрофильном муниципальном учреждении «Центральная городская клиническая больница № 23». Нами разработана многоступенчатая вероятностная выборка объемом 255 респондентов с учетом сохранения принципа равной вероятности попадания респондента в выборку.

Наличие многопрофильного травматологического стационара позволило нам адекватно провести многофакторный анализ с оценкой структуры пациентов с тем или иным характером травмы и по локализации повреждений, что дало возможность определить долю того или иного фактора риска при различных травмах.

Для правильной оценки полученных данных с учетом сезон-

ности травматизма нами проведены такие опросы во все сезоны года. Для выявления вклада факторов риска в развитие того или иного вида травматизма нами применен метод регрессионного анализа. В исследовании травматизм рассматривался как совокупность различных видов травм, которые обусловлены разными факторами риска. Нами ранжированы факторы риска по бытовому, криминальному, уличному и дорожно-транспортному видам травматизма.

Проведенный многофакторный анализ сегмента больных травматологического профиля позволил сделать выводы о необходимости использования следующих критериев:

- по географическому признаку — мониторинг распространенности травматизма между административными районами города для планирования емкости сегмента;
- по факторам риска возникновения травм на основе данных социологического опроса;
- по гендерно-возрастным признакам (мужчины, женщины, дети, подростки, взрослые, престарелые);
- по структуре видов травм;
- по характеру травмы;
- по видам обеспечения медицинской помощью (амбулаторно-поликлиническая, стационарная, реабилитационная);
- по медико-диагностическим группам.

Для выявления вклада факторов риска в развитие того или иного вида травматизма применен метод регрессионного анализа.

При изучении распространенности и структуры травматизма в г. Екатеринбурге установлено, что за весь период исследования наиболее частыми видами травматизма были бытовой, криминальный, уличный и транспортный. Проведенный регрессионный анализ позволил выявить и ранжировать наиболее значимые факторы риска, а также определить приоритетные направления их профилактики.

Приоритеты профилактики и укрепления здоровья на разных уровнях контактов с пациентом обусловлены ранним выявлением заболеваний и факторов их риска, своевременным вмешательством и защитой прав пациентов. При этом профилактика рассматривается с позиций многоуровневого подхода: на индивидуальном, групповом, семейном и популяционном уровнях. В качестве модели для отработки системы профилактики причин травматизма был взят Орджоникидзевский район г. Екатеринбурга, где отмечаются самые высокие

показатели травматизма, что связано с экономическими, промышленными и социальными особенностями этого района.

Разрабатываемая система профилактики травматизма включила в себя направления, зависящие от травматологической службы (профилактика последствий травматизма) и не зависящие от нее (профилактика причин травматизма).

В рамках немедицинской составляющей системы профилактики была подготовлена и внедрена целевая комплексная межведомственная программа «Профилактика травматизма в Орджоникидзевском районе г. Екатеринбург-

га», которая объединила усилия различных ведомств, нацеленные на предупреждение возникновения и профилактику последствий травматизма (2, 3). В ходе ее реализации совместно с ком-



мунальными службами района, инспекцией по делам несовершеннолетних, ГИБДД и другими заинтересованными организациями были разработаны мероприятия, имеющие целью профилактику причин возникновения травм, а именно:

- доведение информации об уровне травматизма, его характере и динамике до сведения глав районных администраций;
- уточнение мест, где чаще всего происходят дорожно-транспортные происшествия, на основании данных службы скорой медицинской помощи и проведение совместно с ГИБДД конкретных мероприятий по устранению причин повышенного травматизма;
- совместно с коммунальными службами района разработка плана ремонтно-строительных мероприятий и реконструкции улиц, наиболее неблагоприятных с точки зрения дорожно-транспортного и уличного травматизма;
- проведение комплекса мероприятий по профилактике детского травматизма в организованных коллективах (детские сады, школы, детские секции) совместно с районным отделом образования;
- осуществление мониторинга уровня и структуры производственного травматизма на промышленных предприятиях, имеющих в своем составе медико-санитарные части. Выделение профессиональных групп рабочих с повышенным риском получения травм и проведение дополнительного инструктажа по технике безопасности, а также более тщательного медицинского осмотра. Наряду с этим проводилась работа по улучшению технологических процессов и замене оборудования. Была усилена роль медицинского персонала при осуществлении третьей ступени охраны труда, разработана программа по гигиеническому воспитанию при обучении и повышении квалификации рабочих.

Реализация программы профилактики травматизма позволила снизить уровень травматизма в Орджоникидзевском районе на 1% и стабилизировать показатели управляемых видов травматизма (уличный, производственный, транспортный). Созданная программа профилактики травматизма в Орджоникидзевском районе г. Екатеринбурга явилась моделью для дальнейшей поисковой работы и вошла в концепцию развития травматологической помощи населению Свердловской области как один из ее разделов (4, 5).

Представленная система территориальной сегментации рынка здравоохранения может быть использована на муниципальном уровне в любом территориальном образовании с целью увеличения медицинской, социальной и экономической эффективности в отрасли.

В 1997 г. впервые в России главным травматологом г. Екатеринбурга, доктором медицинских наук, профессором Н.Л. Кузнецовой была предложена принципиально новая система оказания травматологической помощи населению (6), объединившая в технологическую систему по замкнутому циклу службу скорой медицинской помощи, травмопункты, специализированные травматологические отделения, реабилитационную службу и городское травматологическое бюро экспертизы. Эта система внедрена в повседневную практику в г. Екатеринбурге главным врачом МУ «ЦГКБ № 23», кандидатом медицинских наук П.В. Елфимовым. Таким образом, была достигнута преемственность в работе амбулаторного и стационарного этапов лечения больных. На базе МУ «ЦГКБ № 23» в 1998 г. организован крупный травматологический комплекс, в 2006 г. создан Межрегиональный травматологический центр. Наличие многопрофильного травматологического стационара позволяет улучшить качество оказания медицинской по-



мощи при сочетанной травме, на 30% снизить летальность, а также значительно экономит государственные средства, которые прежде расходовались на перевод пострадавших в другие лечебные учреждения. Экономический эффект от введения технологической модели травматологической службы за прошедший период составил около 100 млн руб.

Благодаря программам реабилитации многие пациенты вернулись к полноценному труду. В результате получен значительный экономический эффект.

С начала 1998 г. Управление здравоохранения администрации г. Екатеринбурга совместно с Министерством социальной защиты утвердило городскую целевую травматологическую программу «Инвалид» (7). Разработанная доктором медицинских наук Н.Л. Кузнецовой система медико-социальной реабилитации позволила начиная с 1998 г. существенно повысить качество медицинской и социальной помощи инвалидам травматологического профиля, сделать ее доступной, организованной, своевременной, обеспечить социальную защищенность инвалидов.

Благодаря программам реабилитации многие пациенты вернулись к полноценному труду. В результате получен значительный экономический эффект (ежегодно в размере 32 млн руб.) только за счет организационных мероприятий, предусмотренных программой, снятия группы инвалидности или перевода на более легкую группу.

Экономический эффект в здравоохранении достигается также за счет использования новых прогрессивных методик лечения, позволяющих сократить пребывание больного в стационаре, снизить число инвалидов и степень тяжести инвалидизации. Например, внедрение высоких технологий в челюстно-лицевой хирургии в МУ «ЦГКБ № 23» позволяет сократить сроки пребывания больного в стационаре с 20 до 13 дней, в 80% случаев снять группу инвалидности у данного контингента больных. Экономическая эффективность данных методик составляет 3,1, т.е. на каждый затраченный

рубль отдачи составляет 3,1 руб. (доктор медицинских наук В.А. Петренко).

Под руководством Н.Л. Кузнецовой в травматологическом отделении и в центре гнойной остеологии на базе МУ «ЦГКБ № 23» при лечении больных были внедрены высокие технологии. Использование криосимпатодеструкции периферической артерии дает экономическую эффективность 18,9, годовой экономический эффект только от применения ряда методик в центре гнойной остеоло-

сти и стоимости лечения в сравнении случая при своевременном выявлении и лечении ребенка в возрасте от 0 до 15 лет и случая при вновь выявленной патологии и лечении ребенка в возрасте от 12 лет и взрослого до конца жизни равен 2,95 млн руб., экономическая эффективность — 5,65. По данной программе своевременно выявляются патологии и проводится лечение не менее 4000 детей. Суммарный экономический эффект от программы составляет 11 млрд 800 млн руб.

Внедрение высоких технологий в челюстно-лицевой хирургии в МУ «ЦГКБ № 23» позволяет сократить сроки пребывания больного в стационаре с 20 до 13 дней.

гии составляет в год 2,4 млн руб. В травматологическом отделении экономическая эффективность по ряду методик составила от 13,3 до 17,8, годовой экономический эффект от применения высоких технологий составил 35 млн руб. в год, а общий годовой экономический эффект по данным отделениям — около 37,5 млн руб. В центре неотложной оториноларингологической помощи на базе МУ «ЦГКБ № 23» годовой экономический эффект от внедрения высокотехнологичных методик при лечении травмы средней зоны лица и уха составил 2,7 млн руб.

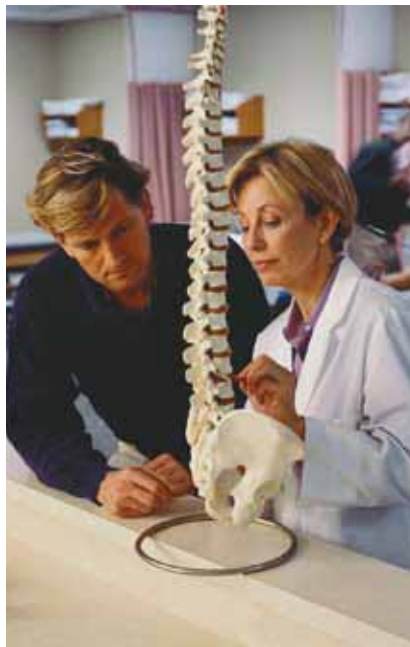
В рамках модели оказания специфической медицинской помощи детям с нарушениями опорно-двигательной системы и сопутствующей мультифакторной патологией в Центре «Бонум» (доктор медицинских наук И.А. Погосян) используются новые прогрессивные методики лечения, сокращающие пребывание больного в стационаре, снижающие число инвалидов и степень тяжести инвалидизации.

Экономический эффект от уменьшения продолительно-

Заключение

Очевидны преимущества внедрения прогрессивных организационных моделей, методик лечения, позволяющих достигнуть высокой медицинской, социальной, экономической эффективности, значительно сократить затраты государства на лечение больных при ограниченных ресурсах. ■

ПЭС 8179/08.07.2008



Примечания

1. Троценко В. Травматизм и ортопедическая заболеваемость. Состояние травматолого-ортопедической службы в России / Врач. 2003. № 4, с. 3–6.

2. Кузнецова Н.Л., Елфимов П.В., Рыбин А.В., Печеркин Н.С., Харитонов В.В. Проблемы инвалидности от травм и пути их решения / 10-летие социальной работы в России: Материалы международной конференции. Екатеринбург, 2002, с. 107–109.

3. Кривенко Н.В., Кузнецова Н.Л., Рыбин А.В., Гершкович Т.Э., Рыскина Т.М. Эффективность внедрения целевой программы «Инвалид» на муниципальном уровне / Высокие технологии в травматологии и ортопедии: организация, диагностика, лечение, реабилитация, образование: Материалы Первого съезда травматологов-ортопедов УРФО. Екатеринбург, 2005, с. 38.

4. Рыбин А.В., Кузнецова Н.Л. Межведомственный подход в решении вопросов профилактики травматизма в Орджоникидзевском районе / Экономика здравоохранения. Екатеринбург, 2001, с. 103–105.

5. Рыбин А.В., Кузнецова Н.Л. Профилактика травматизма как одно из актуальных направлений развития травматологической службы крупного индустриального центра / Полвека на страже здоровья: Материалы юбилейной научно-практической конференции ГКБ № 23 г. Екатеринбурга. Екатеринбург, 2001, с. 33–34.

6. Елфимов П.В. Формирование технологической системы организации медицинской помощи травматологическим больным в крупном индустриальном городе (по материалам г. Екатеринбурга). Автореферат диссертации на соискание степени кандидата медицинских наук. М., 2001, с. 3.

7. Рыбин А.В., Кузнецова Н.Л. Профилактика инвалидности от травм как одно из направлений реализации концепции развития службы реабилитации инвалидов в Свердловской области / 10-летие социальной работы в России: Материалы международной конференции. Екатеринбург, 2002, с. 135–138.