

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ИНВАЛИДНОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И НОВЫЕ ЭКОНОМИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Н.М. Куницына¹
К.В. Перелыгин²
Г.И. Гурко²

¹⁾ *Белгородский государственный университет*

²⁾ *Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН*

e-mail: kun_nm@list.ru

В статье представлены результаты собственного медико-организационного исследования по разработке принципов медицинской реабилитации для учреждений, оказывающих помощь пожилым гражданам, в новых экономических условиях.

Ключевые слова: пожилые люди, профилактика инвалидности, здравоохранение.

Введение. В современных условиях организации здравоохранения вынуждены стремиться к максимальному удовлетворению потребности населения в качественной медицинской помощи, действуя при этом в условиях жесткой экономии ресурсов. Одним из действенных путей регуляции затрат учреждения представляется адресность его деятельности, т.е. оказание специализированных видов помощи в четком соответствии с потребностью в ней [1]. Научно – обоснованные мероприятия по повышению качества деятельности организаций здравоохранения основаны на маркетинге [3, 4]. В последние годы большое внимание уделяется реализации программ по профилактике инвалидности у лиц старших возрастных групп [2, 5].

Цель настоящей работы – разработать подходы к медицинскому маркетингу при реализации программ по профилактике инвалидности для в учреждениях, оказывающих помощь пожилым гражданам.

Материал и методы. Проведено изучение состояния профилактики инвалидности на поликлиническом, стационарном и санаторном этапах. Всего изучено 2858 медицинских технологий. При этом на амбулаторно-поликлиническом этапе обобщены данные в совокупности 1240, стационара – 942, санатория – 676 технологий ведения пациентов разного профиля, включая терапевтический, хирургический, травматологический, неврологический и пр. Использованы методы клинического наблюдения, экспертного анализа, математико-статистической обработки.

Результаты и их обсуждение. Понятие маркетинга неразрывно связано с понятием рынка. В основе рынка в системе здравоохранения находится услуга. Услуга – это потребительская стоимость, которая не имеет материальной формы. Качество предоставленной услуги зависит от уровня подготовки персонала с одной стороны, и от субъективной ее оценки потребителем с другой.

В зависимости от этих потребностей производится сегментирование рынка медицинских услуг. Сегментирование потребительского рынка – это разделение пациентов по различным признакам. Пациентов можно разделить по основным потребностям на так называемом верхнем уровне сегментирования рынка. Тогда все медицинские мероприятия могут быть разбиты на три группы:

1. Медицинские услуги по сохранению жизни («маркетинговый сегмент жизни») – анестезиолого-реанимационная помощь, перинатология и пр. Согласно экспертным данным, эти услуги осуществляются исключительно на стационарном этапе, $\chi^2 = 7,9$, $p < 0,05$.

2. Медицинские услуги, направленные на восстановление здоровья, сохранение и поддержание определенного уровня здоровья, жизнедеятельности и социальных функций.



- 2.1. Лечение острых или обострения хронических заболеваний;
- 2.2. Профилактика инвалидности и МР больных.
- 2.3. МР инвалидов.

Эти виды медицинских услуг характерны для всех этапов организации помощи, $\chi^2 = 8,7$, $p < 0,05$.

3. Медицинские услуги, направленные на сохранение и поддержание состояния здоровья, например, иммунопрофилактика, первичная профилактика заболеваний и пр. и проводятся в основном на амбулаторно-поликлиническом этапе, $\chi^2 = 8,2$, $p < 0,05$.

Таким образом, на рынке медицинских услуг значимое место занимает профилактика инвалидности и МР больных и инвалидов. При этом, согласно экспертным оценкам, профилактические и реабилитационные мероприятия как услуга оказываются на всех этапах организации медицинской помощи, что не характерно для других видов услуг. Это подчеркивает значимость профилактики инвалидности и также обосновывает целесообразность вовлечения в организацию профилактических и реабилитационных мероприятий всех этапов помощи.

Мы определяем программы профилактики инвалидности как медицинскую услугу, которая направлена на предотвращение инвалидности и улучшение КЖ пациента путем активации саногенетических процессов на поликлиническом, стационарном и санаторном этапах.

Программа профилактики инвалидности как услуга должна быть предоставлена значительному количеству больных, которые в ней нуждаются. Их также можно разделить по следующим основным признакам:

1. Возрастно-половые (мужчины, женщины, дети, подростки и пр.), $\chi^2 = 7,7$, $p < 0,05$.
2. Принадлежность к декретированным группам (больные, пострадавшие вследствие аварии на ЧАЭС; пожилые люди; женщины фертильного возраста), $\chi^2 = 7,9$, $p < 0,05$.
3. Наличие определенной нозологической формы (например, программы для пациентов, страдающих сахарным диабетом, язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и пр.), $\chi^2 = 8,1$, $p < 0,05$.
4. По клинико-реабилитационным группам, $\chi^2 = 8,3$, $p < 0,05$.
5. По экономическим группам (уровень платежеспособности, общего благосостояния), $\chi^2 = 8,6$, $p < 0,05$.
6. По отдельно предоставляемым методам, оказанию мероприятий на отдельных этапах поликлиника – стационар – санаторий или по трехэтапной схеме, $\chi^2 = 8,5$, $p < 0,05$.

С понятием сегмента рынка тесным образом связаны представления о дифференцированном и недифференцированном маркетинге.

Дифференцированный маркетинг профилактических и реабилитационных услуг – это разработка различных технологий проведения профилактики инвалидности на этапах поликлиника – стационар – санаторий для каждого отдельного рыночного сегмента. Путем использования разных профилактических и реабилитационных технологий, сочетания этапов дифференцированный маркетинг дает возможность получить максимальный медико-социальный эффект, достигнуть высокого качества оказания помощи и в условиях маркетинговой (рыночной) системы здравоохранения – максимальную прибыль. Примером дифференцированного маркетинга профилактических и реабилитационных услуг является оказание помощи в условиях отдаленного от места проживания пациента санатория. В этом случае профилактическая и реабилитационная помощь оказывается адресно, как правило, трудоспособному населению, имеющему достаточно высокий уровень благосостояния, страдающему ограниченным количеством нозологических форм (хронический бронхит, бронхиальная астма, остеоартроз и пр.), первой или второй клинико-реабилитационной группы.

Мы провели изучение возрастного состава пациентов с хроническими заболеваниями терапевтического профиля, которые были направлены на поликлинический, санаторный и стационарный этапы. Объем выборочной совокупности составил 919

больных. У всех отмечался первый и второй ФК, высокий РП, наличие наиболее распространенных заболеваний терапевтического профиля. Выявлено, что на поликлиническом этапе наибольший удельный вес занимали пациенты в возрасте от 46 до 70 лет, в санатории – от 36 до 55 лет, а на стационарном этапе организации МР – от 46 до 65 лет. Мы сопоставили все три этапа и оказалось, что пациенты в возрасте от 46 до 55 лет с хроническими заболеваниями терапевтического профиля занимают наибольший удельный вес в возрастной структуре лиц, направленных на программы профилактики инвалидности. Очевидно, что при составлении маркетинговых программ необходимо ориентироваться в первую очередь на этот возрастной сегмент потребительского рынка как самый крупный, состоящий из лиц трудоспособного возраста с наибольшими перспективами восстановления ослабленных функций.

Иное дело – *недифференцированный* маркетинг. Он заключается в минимизации различий между сегментами рынка. При этом в первую очередь принимаются во внимание общие черты потребителей реабилитационных услуг, а уже потом их различия. Недифференцированный маркетинг характерен прежде всего для общесоматических ЛПУ, в которых функционируют отделения МР. Они стремятся к удовлетворению потребностей максимального количества потребителей медицинской помощи. Примером недифференцированного маркетинга является деятельность государственных организаций здравоохранения – больниц, поликлиник, в основу работы которых положено удовлетворение спроса на качественное оказание медицинской помощи значительного количества самых разнообразных пациентов.

В соответствии с концепцией недифференцированного маркетинга большое значение придается общей культуре обслуживания потребителей медицинских услуг, поскольку именно эта сторона деятельности медицинского учреждения находится на «поверхности». Мы проводили маркетинговое исследование удовлетворенности больных культурой обслуживания нескольких городских поликлиник. Пациентам (объем выборки равен 256) было предложено анонимно заполнить анкету изучения мнения населения о работе поликлиники. По поводу заболевания в поликлинику обратилось 60,2% респондентов, для профилактического осмотра – 21,8%, получения каких-либо документов (справки, свидетельства и пр.) – 6,3%. Для прохождения мероприятий в поликлинику обратилось 11,7% больных из числа анкетированных.

Выявлено, что работой регистратуры удовлетворено 72,3% посетителей, не удовлетворено – 27,7%. Имеют место значительные временные потери при обращении в регистратуру – до 10 минут у 38,1%, от 10 до 20 минут – 27,9%, от 20 до 30 минут – 23,5%, более 30 минут – 10,5%. Наличие грубости, бестактности, невнимательности со стороны регистраторов отметило 24,4% опрошенных.

При обращении в поликлинику труднее всего записаться на прием к врачу-неврологу (34,3%), окулисту (41,7%), кардиологу (17,8%), трудности при записи на прием к реабилитологу общего профиля отметили 2,1% опрошенных.

Работа специалистов поликлиник удовлетворяет 92,3% респондентов. Среди причин неудовлетворенности называют следующие: врачом уделяется недостаточно времени – 1,2%, недостаточно внимательное отношение врача к проблемам пациента – 5,2%, недостаточная (по мнению больного) квалификация врача – 3,4%, отсутствие достаточной со стороны врача информации по поводу здоровья – 3,9%, неудовлетворенность качеством лечения и реабилитации – 4,6%.

Имеют место значительные затраты на ожидание приема врача-реабилитолога – до 10 минут – 13,2%, от 10 до 20 минут – 17,8%, от 20 до 30 минут – 35,2%, от 30 до 40 минут – 17,9%, более 40 минут – 16,0%. Представленные данные маркетингового исследования позволяют выявить негативные стороны работы поликлиник, отмеченные потребителями, что должно стать предпосылкой для принятия должностными лицами соответствующих управленческих решений по оптимизации работы регистратуры, сокращению времени ожидания приема и пр.

Отдельные авторы считают, что недифференцированный маркетинг является экономически невыгодным для учреждений частных форм собственности, поскольку они не могут конкурировать на отдельных сегментах рынка услуг с ЛПУ, которые це-

ленаправленно с ними работают. Это приводит к экономическим издержкам. В случае недифференцированного маркетинга покупателем медицинских услуг, как правило, является государство, которое гарантирует гражданам определенный объем медицинской помощи.

Сегмент «профилактика инвалидности» имеет свои характерные особенности. Они следующие:

1. Профилактика инвалидности у больных терапевтического профиля является непривлекательным сегментом в плане производственной миссии здравоохранения, $\chi^2 = 8,6$, $p < 0,05$. Это связано с тем, что медицинский и экономический эффект проявляется не сразу после ее окончания, а спустя некоторое время. Он определяется по снижению количества дней ВН, продолжительности случая нетрудоспособности, частоты госпитализаций и пр. Для их определения нужен довольно значительный (не менее полугода) период времени.

2. Потребности потенциального пользователя профилактических и реабилитационных услуг в большой степени зависят от его личных, индивидуальных, культурных и других особенностей, наличия у него рентных установок, конкретных медико-социальных проблем, с которой сталкивается личность, $\chi^2 = 8,2$, $p < 0,05$.

3. Большая доля потребностей потенциальных пользователей программ профилактики инвалидности относится к разряду отрицательных или скрытых, $\chi^2 = 8,1$, $p < 0,05$. Пациента достаточно сложно «заставить» заниматься ЛФК, для чего он должен прикладывать определенные волевые и физические усилия, да еще в ситуации, когда эффект от этих занятий наступит спустя какое-то время, когда они не обладают симптоматическим эффектом (например, не снижают выраженность болевого синдрома при остеоартрозе). Даже при наличии у больного потребности в улучшении показателей собственной жизнедеятельности, сохранении и поддержании здоровья, чему способствует ЛФК, на проведение этого метода у него может иметь место отрицательная или скрытая положительная потребность.

4. Высокая значимость создания установки на осуществление профилактики инвалидности у больных терапевтического профиля с целью перевода отрицательных и скрытых потребностей в положительные и открытые, $\chi^2 = 7,6$, $p < 0,05$. По этой причине в маркетинговой деятельности в сегменте рынка реабилитационных услуг большое значение имеет грамотная организация санитарно-просветительной работы, использование ресурсов собственно реабилитационной службы (создание установки психологом, психотерапевтом, организация деятельности «Школ больных» и пр.).

5. Высокая степень дифференциации пациентов в рамках данного сегмента. Профилактике инвалидности подлежат люди самых разных возрастов, с различными заболеваниями, степенью их выраженности и пр., $\chi^2 = 8,8$, $p < 0,05$.

6. Пациенты – потенциальные потребители профилактических и реабилитационных услуг испытывают сильное влияние немедицинских факторов, $\chi^2 = 8,7$, $p < 0,05$. Нередко иметь и даже «культивировать» хроническое заболевание выгодно, поскольку в глазах больных это оправдывает имеющаяся система льгот и дотаций. В такой ситуации профилактика инвалидности, воздействующая на последствия болезни как основы для определения инвалидности, снижает вероятность их получения и нежелательна для больного. Если же социальная ситуация будет складываться иначе и таким образом, что больной человек сможет иметь больше выгод от активной деятельности с использованием остаточной трудоспособности, а не от инвалидности, то и отношение к профилактике инвалидности изменится и отрицательная потребность в ней перейдет в положительную.

Специалист по маркетингу сталкивается со следующими основными компонентами функционирования системы здравоохранения – формирование потребностей пациента, формирование предложений со стороны ЛПО, регулирование спроса и врачебной деятельности. Они составляют основу маркетинговой деятельности. Далее мы рассмотрим каждую из этих позиций более подробно, тем более что в системе оказания профилактической реабилитационной помощи они имеют свою специфику и немаловажное значение.

Формирование потребности в профилактике инвалидности. Активное формирование потребности пациентов может быть достигнуто посредством:

- осмысливания медико-социальных проблем, вскрытие их роли и механизма влияния на возникновение нужд потребителя в реабилитационных услугах, $\chi^2 = 8,3, p < 0,05$;
- формирования определенного мнения в среде потребителей, $\chi^2 = 7,4, p < 0,05$;
- проведения целевого сегментирования рынка, $\chi^2 = 7,5, p < 0,05$.

Формирование предложений на рынке медицинских услуг предусматривает выполнение следующих позиций:

- изучение медико-социальных проблем (заболеваемость, заболеваемость с временной утратой трудоспособности, первичный выход на инвалидность и пр.), выявление пациентов, которые имеют потребность в проведении МР, $\chi^2 = 8,1, p < 0,05$.

- разработка и внедрение стандартов программ по профилактике инвалидности на этапах поликлиника – стационар – санаторий, $\chi^2 = 8,1, p < 0,05$.

- введение системы квалификационного ранжирования, $\chi^2 = 7,8, p < 0,05$.

Регулирование спроса. Этот раздел наиболее близко подходит к финансовым взаимоотношениям пациента и ЛПУ. Регулирование спроса включает в себя:

- стимулирование потребителя профилактических и реабилитационных услуг, обеспечивающееся адекватным соотношением между платежеспособностью пациента и стоимостью конкретной услуги, $\chi^2 = 7,8, p < 0,05$.

- регулирование цены на услугу посредством поиска соответствия между содержанием медицинской процедуры и ее стоимостными характеристиками, $\chi^2 = 9,8, p < 0,05$.

- сертификация профилактических и реабилитационных услуг, т.е. достижение законодательно оформленного соответствия между медицинской процедурой и ее эффективностью, $\chi^2 = 7,6, p < 0,05$.

Закключение. Функционирование ЛПУ в современных условиях, которые характеризуются рыночными условиями хозяйствования и в основе которых находятся экономические принципы и законы, вынуждает управленцев заострять внимание на маркетинговых или рыночных аспектах деятельности. Это в полной мере относится к учреждениям, на базе которых функционируют отделения МР, в которых реализовываются программы по профилактике инвалидности для людей старших возрастных групп.

Литература

1. Авксентьева, М.В. Основы стандартизации в здравоохранении: Учебное пособие (под ред. А.И.Вялкова, П.А.Воробьева). – М.: Ньюдиамед, 2002. – 216 с.
2. Ильницкий, А.Н. Система этапной медицинской реабилитации / А.Н. Ильницкий // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 4. – С. 51-53.
3. Мьельникова, И.С. Справочник заведующего отделением физиотерапии: Нормативные документы по организации работы. – М.: Грантъ, 2001. – 256 с.
4. Накатис, Я.А. Современные методы управления и финансовый менеджмент учреждения здравоохранения / Я.А. Накатис, Ф.Н. Кадыров. – М.: Грантъ, 2001. – 304 с.
5. Rau, R. Qualitätsmanagement im interdisziplinären Fachkrankenhaus / R. Rau // Z. Rheumatol. – 1998. – № 57(6). – P. 413 – 419.

THE MEDICAL REHABILITATION AND THE PREVENTION OF DISABILITY IN SENIORS IN NEW ECONOMIC SITUATION IN PUBLIC HEALTH

**N.M. Kunitsyna¹,
K.V. Pereygin²
G.I. Gurko²**

¹*Belgorod State University*

²*St.Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology, NMB of RAMS*

e-mail: kun_nm@list.ru

The results of own investigations in fields of organization of medical rehabilitation in institutions for seniors in new economic situation in public health are presented in this article.

Keywords: seniors, prevention of disability, public health.