

А.М. Ауезова¹, М.А. Камалиев¹, Ж.М. Агишанова²
¹ТОО «Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»
²ТОО «Шымкентская железнодорожная больница»

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ И СИТУАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В КРУПНОМ ГОРОДЕ

Медико-социальный маркетинг преследует целью повышение доступности и качества медицинской помощи, расширение возможностей для населения в получении медицинской помощи. Представлены результаты маркетинговых исследований на уровне конкретной административно-территориальной единицы.

Ключевые слова: здравоохранение, маркетинг, развитие

Введение

Маркетинговые исследования рынка медицинских услуг призваны выявить реальную тенденцию потребления, удовлетворенность потребителей качеством медицинского обслуживания, особенности спроса в различных регионах страны [1-3].

Указом Президента Республики Казахстан от 19 июня 2018 года Южно-Казахстанская область переименована в Туркестанскую, а ее административный центр перенесен из города Шымкент в город Туркестан. Шымкент был изъят из состава Южно-Казахстанской области, получив статус города республиканского значения. В результате административной реорганизации здравоохранение г. Шымкент претерпело ряд значительных количественных и качественных реорганизаций.

Материалы и методы

Использованы официальные статистические данные Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Управления общественного здоровья г. Шымкент.

Результаты

В 2018 г. сеть медицинских организаций города насчитывала: 55 амбулаторно-поликлинических организаций (АПО) всех ведомств, из них 27 самостоятельных АПО, врачебных амбулаторий как самостоятельных, так и входящих в состав, 6 – амбулаторно-поликлинических отделений, входящих в объединенные больничные организации и диспансеры, 3 – других ведомств, 19 – частных; 26 больничных организаций всех ведомств, в том числе 16 – системы МЗ, 10 – частных. Плановая мощность амбулаторно-поликлинических организаций в г. Шымкент – 8337 посещений в смену или 82,6 на 10 000 человек населения, что меньше чем среднереспубликанский показатель – 113 на 10 000 человек. За год в АПО сделано 5253723 посещений к врачам или 5,4 на 1 жителя (столько же, сколько в стране в среднем).

В г. Шымкенте трудятся 4015 врачей или 39,8 на 10 тысяч населения (в Республике Казахстан – 39,6 на 10 тысяч) и 8588 средних медицинских работников или 85,1 на 10 тысяч населения, что ниже, чем в стране в среднем – 95,5 на 10 тысяч.

В 2018 г. коечный фонд города насчитывает 3396 больничных коек, что составляет 33,6 на 10 000 населения (в Республике Казахстан – 53,5 на 10 тыс.). Из общего числа бюджетных и хозрасчетных коек – 3102, в частных клиниках – 294 койки. Обеспеченность населения больничными койками представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Обеспеченность населения больничными койками по основным профилям в 2018 г. (абс. и на 10 тыс.)

Больничные койки	РК		г. Шымкент	
	абс.	на 10 тыс.	абс.	на 10 тыс.
Число коек терапевтического профиля – всего	13230	7,2	388	3,8
в том числе терапевтических	5716	3,1	65	0,6
гастроэнтерологических	497	0,3	30	0,3
эндокринологических	823	0,4	0	0
пульмонологических	1104	0,6	83	0,8
нефрологических	636	0,3	28	0,3
кардиологических	3039	1,7	127	1,3
Хирургического профиля – всего	13996	7,6	414	4,1
хирургических	5646	3,1	166	1,6
нейрохирургических	1255	0,7	62	0,6
травматологических	2680	1,5	68	0,7
урологических	1136	0,6	40	0,4
Инфекционных	6137	3,3	420	4,2
Неврологических	2782	1,5	106	1,1
Офтальмологических	721	0,4	0	0
Отоларингологических	892	0,5	4	0
Наркологических	4031	2,2	360	3,6
Для больных детей всех профилей	18332	10,0	971	9,6
Для беременных и рожениц	8218	4,5	336	3,3
Гинекологические	3023	1,6	90	0,9

В целом, если в 2017 г. в г. Шымкент насчитывалось 22 больничные организации системы МЗ, то в 2018 г. их осталось 16 за счет выбытия офтальмологической больницы, больницы скорой медицинской помощи, эндокринологического диспансера,

областного кардиологического центра, одной городской больницы, двух городских детских больниц, но прибавления одной организации восстановительного лечения и медицинской реабилитации для детей.

В результате, в 2018 г. показатель обеспеченности больничными койками системы МЗ в г. Шымкент (33,6 на 10 000 населения) существенно уступал среднереспубликанскому уровню (53,5 на 10 тыс.) – в 1,6 раза, в том числе коек по терапевтическому профилю – в 1,9 раза, собственно терапевтических – в 5,2 раза, кардиологических – в 1,3 раза, отсутствуют эндокринологические койки, меньше больничных коек хирургического профиля – в 1,85 раза, собственно хирургических – в 1,9 раза, травматологических – в 2,15 раза, отсутствуют офтальмологические и отоларингологические койки, меньше коек для беременных и рожениц – в 1,4 раза, гинекологических – 1,8 раза.

Следует особенно отметить, что на состояние рынка медицинских услуг в г. Шымкент оказывает влияние медицинский туризм в Республику Узбекистан, преимущественно в географически близко расположенный г. Ташкент, с характерными для каждого столичного здравоохранения традиционно развитой инфраструктурой медицинской помощи, высокой концентрацией высококвалифицированных специалистов и медицинских организаций, включая республиканского уровня (специализированных научно-практических медицинских центров), обеспечивающих высокое качество предоставляемых услуг в сочетании доступными для казахстанцев ценами. Так, по сообщению Министерства здравоохранения Республики Узбекистан: "Более 52 тысяч иностранцев прибыли в Узбекистан для лечения. Они потратили здесь 4,7 млн долларов. Мы планируем увеличить достижения в этом направлении. Для этого в настоящее время улучшаем техническую базу больниц" [4].

Резкое удорожание за последние 4 десятилетия медицинской помощи и, в особенности, стационарного лечения, обусловило во всех развитых странах мира поиск способов сокращения расходов здравоохранения, рационального использования имеющихся ресурсов, что в значительной мере уже нашло свое решение. Это, в первую очередь, относится к опыту западно-европейских стран, которые по рейтингу Всемирной организации здравоохранения, занимают первые места по качеству оказываемой лечебной помощи.

Так, после окончания второй мировой войны и в связи с возникшим финансовым кризисом, в большинстве стран Северной Америки и Европы приступили к реструктуризации больничного сектора и усилению амбулаторной помощи с целью оптимизации использования финансовых, кадровых и материальных ресурсов, одновременно обеспечивая улучшение результатов лечения и более широкий охват населения, нуждающегося в медицинской помощи. Первым существенным шагом на этом пути стало сокращение числа больничных коек и реструктуризация больничных учреждений.

Анализ зарубежного опыта показывает, что наиболее эффективными подходами для сокращения здравоохраненческих затрат, без ущерба для качества лечения, являются реструктуризация больничных учреждений на стационары острого лечения, долечивания и хронического лечения, долгосрочного лечения с дифференцированной стоимостью койки в зависимости от причины госпитализации.

В соответствии с разработанной концепцией реструктуризации, все больницы были разделены на 3 основных класса с учетом контингента госпитализируемых пациентов:

- больницы острого лечения или краткосрочного пребывания, предназначенные для купирования острой стадии патологического процесса и проведения срочных и сложных оперативных вмешательств;
- больницы долечивания и хронического лечения (среднесрочного пребывания) для приема пациентов, переведенных из стационара острого лечения после устранения острой фазы болезни и нуждающихся в долечивании и реадaptации, а также больных с хроническими заболеваниями, имеющих показания для госпитализации;
- больницы долгосрочного лечения для пациентов с хроническими формами туберкулеза, психическими болезнями и другими хроническими состояниями, требующими продолжительного медицинского наблюдения и лечения. К числу этих учреждений относятся и хосписы, предназначенные для оказания медико-социальной помощи, особенно пожилым людям, а также для больных в терминальных стадиях тяжелых заболеваний.

Помимо уменьшения объемов дорогостоящей стационарной помощи были широко использованы стационарозамещающие, менее ресурсоемкие технологии оказания медицинских услуг, такие дневные стационары всех типов, центры амбулаторной хирургии и другие. Все перечисленные мероприятия позволили существенно сократить число наиболее дорогостоящих коек и снизить общие расходы на стационарное лечение.

В постсоветских странах также проводятся организационные, экономические и управленческие преобразования по формированию новой структуры оказания медицинской помощи, направленной на перераспределение медицинской помощи:

- из сектора стационарной помощи в сектор амбулаторной помощи;
- из круглосуточного стационара в дневной стационар;
- из специализированной службы амбулаторной помощи в первичное звено медико-санитарной помощи;
- из службы скорой медицинской помощи в звено первичной медико-санитарной помощи;
- из учреждений, оказывающих высокоспециализированную и высокотехнологическую помощь, в учреждения, оказывающие специализированную медицинскую помощь;
- из мелких отделений районных больниц к межрайонным центрам;
- из мелких диагностических подразделений к централизованным службам, способным эффективно использовать дорогостоящую диагностическую технику.

В Республике Казахстан с учетом лучшего международного опыта принята стратегия перехода от существующей конфигурации сети медицинских организаций к оптимизированной системе, включая изменения в структуре и локализации, которая претворяется в рамках Единого перспективного плана развития инфраструктуры медицинских организаций в Республике Казахстан на 2017-2025 годы [5].

Реструктуризация сети медицинских организаций с учетом региональных особенностей повлечет за собой развитие социально-ориентированной сети организаций ПМСП, создание определенного объема коечной мощности и профилей коек по потребности населения.

Развитие ПМСП и реструктуризация больничного сектора включают:

- Изменение амбулаторно-поликлинической сети

Основные принципы планирования сети и инфраструктуры организаций ПМСП включают: пациент ориентированный подход и подход, основанный на количестве прикрепленного населения; своевременный доступ населения к услугам сети ПМСП; безопасное, качественное оказание медицинской помощи.

- Изменение стационарной сети

Реструктуризация больничного сектора предусматривает дальнейшее развитие многопрофильности оказания медицинской помощи. Межрайонные многопрофильные больницы и многопрофильные городские больницы будут являться основным элементом предлагаемой конфигурации сети, т.к. они будут представлять новый тип больниц, объединяющих функции по экстренной, плановой и специализированной медицинской помощи в условиях стационара, что ранее было доступно только для больниц областного уровня. В этом отношении МРБ и МГБ будут являться специализированной многопрофильной организацией, обеспечивающей доступность для населения таких специализированных технологий, как компьютерная томография (КТ, МРТ, ПЭТ), коронарография, стентирование, аорто-коронарное шунтирование (АКШ), эндопротезирование, гемодиализ и прочие высокотехнологичные технологии.

Также рекомендуется реструктурировать больничные организации в организации ПМСП, восстановительного лечения и медицинской реабилитации, паллиативной помощи (хосписы, больницы сестринского ухода). Особенно отмечается, что для решения вопроса по закрытию или перепрофилированию медицинских организаций необходимо учитывать: демографический прогноз, перспективы социально-экономического развития рассматриваемого региона, местные географические и климатические условия, состояние материально-технической базы, наличие квалифицированных специалистов: врачей и средних медицинских работников.

Выводы

Как показал анализ, в г. Шымкент имеется высокий уровень потребности населения в больничной помощи. Традиционно высокий спрос населения на стационарную медицинскую помощь связан с лучшей оснащенностью больниц лечебно-диагностическим оборудованием и квалифицированным медицинским персоналом. Актуальным для значительной части населения является бесплатность лекарственной помощи в стационаре. Нарастание мощностей больниц должно быть направлено на устранение сформировавшегося дефицита в системе МЗ больничных коек в целом и по профилям: терапевтическому профилю (меньше собственно терапевтических и кардиологических коек, отсутствуют эндокринологические койки), меньше больничных коек хирургического профиля, в т.ч. собственно хирургических и травматологических коек, отсутствуют офтальмологические и отоларингологические койки, меньше коек для беременных и рожениц гинекологических.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Петрова Н. Г., Додонова И. В., Погосян С. Г. Основы медицинского менеджмента и маркетинга: Учебное пособие. – СПб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2018. – 352 с.
- 2 Трифонов, И. В. Авторитетный главный врач: обеспечение качества в медицинской организации. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 80 с.
- 3 Трифонов И. В. Эффективный начмед. Практическое руководство по управлению лечебным процессом в многопрофильном стационаре. - 3-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 72 с.
- 4 URL: <https://upl.uz/policy/13586-news.html> (Дата обращения: 4 сентября 2020 г.)
- 5 Методические рекомендации по разработке единого перспективного плана развития инфраструктуры медицинских организаций в Республике Казахстан на 2017-2025 годы / РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения», Центр развития инфраструктуры и ГЧП. – Астана: 2017.

А.М. Ауезова¹, М.А. Камалиев¹, Ж.М. Агишанова²

¹«Қазақстан медицина университеті "ҚДСЖМ" ЖШС

²«Шымкент темір жол ауруханасы» ЖШС

ІРІ ҚАЛАДАҒЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТТЕР НАРЫҒЫНЫҢ ҰРЫЛЫМДЫҚ-ФУНКЦИОНАЛДЫҚ ЖӘНЕ АХУАЛДЫҚ ТАЛДАУЫ

Түйін: медициналық-әлеуметтік маркетинг медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасын арттыруды, халықтың медициналық көмек алу мүмкіндіктерін кеңейтуді көздейді. Маркетингтік зерттеулердің нәтижелері белгілі бір әкімшілік-аумақтық бірлік деңгейінде ұсынылған.

Түйінді сөздер: Денсаулық сақтау, маркетинг, даму.

A.M. Auezova¹, M.A. Kamaliev¹, J.M. Agishanova²

¹Kazakhstan Medical University "KSPH" LLP

²"Shymkent railway hospital» LLP

STRUCTURAL-FUNCTIONAL AND SITUATIONAL ANALYSIS OF THE MEDICAL SERVICES MARKET IN A LARGE CITY

Resume: Medical and social marketing is aimed at improving the availability and quality of medical care, expanding opportunities for the population to receive medical care. The results of marketing research at the level of a specific administrative-territorial unit are presented.

Keywords: healthcare, marketing, development.